

V ENCONTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

2012 • Rio de Janeiro

Rede de
Educação
Popular
e Saúde



Secretaria de
Gestão Estratégica e Participativa

Ministério da
Saúde



Comissão Organizadora

Coordenação Geral

Helena Maria Scherlowski Leal David, Faculdade de Enfermagem da UERJ

Comissão Organizadora Nacional

Maria Waldenez de Oliveira, Universidade Federal de São Carlos- SP Coordenadora da Rede de Educação Popular e Saúde

Julio Alberto Wong Un, Universidade Federal Fluminense – UFF, Instituto de Saúde Coletiva, Coordenador do GT Educação Popular e Saúde da ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Vera Joana Bornstein, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ – ANEPS/ RJ

Pedro José Santos Carneiro Cruz, Universidade Federal da Paraíba e Articulação Nacional de Extensão Popular – ANEPOP

Ernande Valentim do Prado, Rede de Educação Popular e Saúde

Maria Amélia Medeiros Mano, Rede de Educação Popular e Saúde

Simone Maria Leite Batista, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde

Comissão Organizadora local

Regina Lúcia Monteiro Henriques, Sub Reitora de Extensão e Cultura da UERJ

Regina Helena Simões Barbosa, Instituto de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ

Sonia Acioli, Faculdade de Enfermagem da UERJ

Célia Caldeira Kestenberg, Projeto PROCRIAR - Faculdade de Enfermagem da UERJ

Célia Jorgina da Silva, NUSAT/Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

Eleonora Maria Osório Barroso, Rede de Educação Popular e Saúde

Graciela Pagliaro, Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

Inês Rugani, Instituto de Nutrição da UERJ

Lucia Helena Garcia Penna, Núcleo de Extensão – Faculdade de Enfermagem da UERJ

Lucia Ozório, Rede de Educação Popular e Saúde

Maria Regina Reicherte Araújo Pimentel, Professora Assistente, Faculdade de Enfermagem da UERJ

Monica de Assis, Instituto Nacional do Câncer, membro da Rede de Educação Popular e Saúde

Carla Moura, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ

Marcio Villard, Grupo Pela Vidda e ANEPS/RJ

Marcia Lopes, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venêncio – FIOCRUZ

Carla Albuquerque, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Sumário

EIXO 1 – MEMÓRIA

Por uma educação popular para as crianças negras
Alexandre Ribeiro Neto

Campanha “Madrinha da Amamentação”
Cristiane Nogueira Nunes

A palavra em Freire: entre a palavra oca e a palavra verdadeira
Flander de Almeida Cardoso

Conteúdos formadores da prática educativa em saúde no Brasil:
o papel da educação em saúde e da educação popular
Heloísa Helena da Silva Guedes

Tecendo a saúde com a natureza: saber popular e hortas
terapêuticas na Vila Esperança
Jacqueline Oliveira Silva

Experiência em Educação Popular: relato de vivências de extensionistas
durante o acompanhamento de idosos na terminalidade da vida
Jessica Patrícia de Almeida Pontes

Relato de experiências na Vila Mimosa
João Roberto Cavalcante Sampaio

Maria de Alencar Jardim, Alagoana, Mulher, Negra e Rezadeira
José Moisés de Oliveira Silva

PESAF: um relato histórico de sua trajetória na atenção primária
através da educação popular
Kamilla Maria Souza de Castro

Cultura e saúde na E.P.S do Morro Azul
Lana Cristina Vasconcelos Ferreira Cantarelli

Registro em vídeo de uma experiência de estágio da residência
no PEPASF/UFPB: depoimentos dos participantes do projeto
Letícia de Moraes Falleiro

Pensando a memória através das histórias orais de vida em comum
Lúcia Maria Ozório Barroso

Projeto Vidas Paralelas; o significado da educação popular sob a
ótica do trabalhador – um relato de experiência
Luciélida Tomé de Souza

A experiência do Curso de Capacitação em Controle Social
e Sistema Único de Saúde – SUS para integrantes do
Fórum Estadual de ONG Aids da Paraíba
Maria do Socorro Borges Barbosa

Educação popular em saúde e sua contribuição para as
práticas populares de cuidado
Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira

EIXO 2 – AÇÃO COLETIVA

Hortas Medicinais: um espaço estratégico de promoção da saúde
Alan Guimarães Botelho

Resumo da experiência do grupo de expressões artísticas “As Dengosas”
Alcione Gama da Silva

Dramatização como estratégia de promoção ao consumo de frutas
voltadas a alunos na Educação Infantil: prática acadêmica da
disciplina de Educação

Aconchego: contribuições da pausa pós-prandial
no processo de aprendizagem

Grupo Saúde e Participação Popular Comunitária: uma experiência
em educação popular na Vila Olímpica da Maré

Amanda Andrade Mendonça

Educação População: a contribuição da psicologia na
estratégia saúde da família

Amanda Mendes Silva

Educação Popular em Saúde: uma revisão integrativa sobre
as práticas desenvolvidas fora do contexto institucional

Ângela Fernandes Leal da Silva

Implantação do grupo de teatro Saudação no SUS Betem

Anísio Honorato Campos

Visamobiliza

Aparecida de Fátima Furnales Veludo

Liga de Educação em Saúde: extensão popular no curso
de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande

Arnildo Dutra Miranda Junior

Escola Popular de Saúde Manguariba e Palmares

Augusto José Nascimento

O olhar das mulheres climatéricas das ações
de saúde na atenção primária

Bárbara Amorim Silva Sherman

Discutindo gênero e sexualidade através do ludico numa escola
da rede pública de Niterói: relato de experiência

Bruna da Silva Machado

O desafio do enfermeiro ao atuar no pólo da dengue em uma unidade
básica de saúde do município de Niterói

Bruna da Silva Machado

Projeto Fisioterapia na comunidade: a importância da extensão
no fortalecimento acadêmico estudantil

Bruno Oliveira de Botelho

Projeto de extensão “Vidas Paralelas Paraíba”: um relato de
experiência nas práticas da educação popular e tutorias a trabalhadores

Clara Isabel Nóbrega Saturnino

Relato de experiência e práticas pedagógicas de Educação em Saúde
no grupo de Educação de Jovens e Adultos-EJA

da Cidade do Rio Grande

Cristina Gonçalves de Araújo

Projeto Educação em Saúde em Hipertensão Arterial Sistêmica
em estudantes do quinto ano do ensino fundamental

Daiane Ignácio Cesconetto

Saberes e significados atribuídos a educação no cotidiano das práticas
de atenção a saúde do idoso na Amazônia

Darlison Sousa Ferreira

As contribuições de educação popular no acompanhamento
de gestantes e puérperas

Dayse Caetano Beserra Dias

Ações educativas em crianças: transformando sujeitos

Dayse Kalyne Gomes da Costa

A enfermagem na comunidade Maria de Nazaré: relato
de uma experiência em educação popular

Dayse Kalyne Gomes da Costa

A ciranda infantil no curso de Pedagogia da Terra da UFSCar

Débora Monteiro do Amaral

Estudantes na sala de espera: a experiência de aplicação do instrumento de diagnóstico nas unidades de saúde do SUS Betim
Deisiane Oliveira Souto

A Educação popular como estratégia de promoção da saúde: análise de uma experiência de agricultura urbana agroecológica
Denise Eugenia Pereira Coelho

Dengue: valorização do cidadão consciente
Denise Pinho Resille

Gincana como ferramenta de aprendizado
Denise Pinho Resille

Ação educativa em centro comunitário de São Carlos/SP: uma experiência em educação popular em saúde
Doris Ribeiro Ortiz

A relação candidato/vaga: pensando coletivamente o uso da razão em matemática para a vida dos estudantes que almejam o curso superior
Douglas Carvalho de Menezes

Clínica Afinando as Emoções
Edna Chernicharo

Educação Popular em Saúde: práticas populares de cuidado
Elaine Monteiro da Costa

Interdisciplinaridade na construção do cuidado em Saúde
Elaine Monteiro da Costa

Participação da comunidade na alimentação do escolar
Elizabeth Soares Oliveira de Holanda Monteiro

Cuidados tradicionais de cuidado e cura na cidade de Fátima-Bahia
Ernane Valentin do Prado

O saber fazer da enfermagem e a feira de Paripiranga
Ernande Valentin do Prado

Acolhimento de cidadãos: uma experiência em capacitação
da rede de atenção às drogas
Estela Márcia Rondina Scandola

Circular saberes com mulheres trabalhadoras em sala quadrada
Estela Márcia Rondina Scandola

A experiência em educação em saúde com adolescentes
no Projeto Pescar
Fabiana Ferreira Koopmans

Estratégias de educação popular em saúde no Curso Técnico de
Agente Comunitário de Saúde (CTACTS), da área programática 5.2
(Campo Grande), do município do Rio de Janeiro
Fabiana Ferreira Koopmans

Manejo de dores crônicas por intermédio de grupo de educação
popular e auriculoterapia em Núcleo de Saúde da Família
de Ribeirão Preto/SP
Fernanda Bergamini

Educação Popular em Saúde: a extensão articulando atores sociais e (re)construindo
saberes em diversos cenários na Paraíba
Fernando Silva Santos

Interação comunidade e universidade: reflexões sobre a prática docente em uma
universidade privada de Salvador
Flávia Conde Cabral e Dias

Educação em Saúde e Enfermagem: vivência de acadêmicos
em uma escola municipal do Rio de Janeiro
Flavia Ramos Fernandes Guimarães

PEPASF: integração e interdisciplinaridade como ação pedagógica
na Comunidade Maria de Nazaré
Francisca Vilena Silva

Projeto de Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador:
apresentando uma experiência e inserindo novos atores da formação
Francisco Sandro Aureliano

Pontos de cultura e saúde na prevenção de doenças e na
elevação da qualidade de vida
Gabriela Fabian Nespolo

Práticas populares de quilombolas no ERJ: valorização
da cultura e acesso a saúde
Graciela E. Pagaro

Educação popular no ambiente escolar
Helena Portes Sava de Farias

A prática educativa do farmacêutico e da equipe multidisciplinar no cuidado
em saúde face ao risco da prática da automediação: a importância da
informação qualificada, da participação de todos como responsáveis
pela produção da saúde e do acesso a uma assistência eficiente
para um cuidado integral
Heloisa Helena da Silva Guedes

A aprendizagem baseada em problemas na formação de profissionais
da saúde: um relato de experiências
Heloisa Mendonça Bernini Soares da Silva

Educação popular e prática de cuidado à saúde
de mulheres camponesas
Iraí Maria de Campos Teixeira

Reconhecimento: a política da cidadania
Isis Regina dos Santos Mendes

Educação popular em fisioterapia a partir de uma experiência
na extensão universitária em atenção básica
Janaina Vanessa Cardoso Rodrigues

Atenção à saúde da mulher nas práticas
complementares e populares de saúde
Jéssica Valério Moraes

A prática educativa em saúde com puérperas adolescentes na
atenção básica: relato de experiência
Jessyca Silva Monteiro

Educação popular digital: perspectiva e conquistas do coletivo
(re)ação na periferia de Uberlândia/MG
João Augusto Neves Pires

A luta do trabalhador em defesa do meio ambiente e suas
condições de saúde: um relato de experiência
José Luis Sobrinho

Processo de seleção do PEPASF 2012: integrando novos e antigos extensionistas
Julyana de Lira Fernandes

Fisioterapia e saúde do trabalhador: ações reorientadas
pela educação popular na atenção primária
Kamilla Maria Sousa de Castro

Conversando sobre sexualidade na escola:
contribuições educativas de uma ação educativa
Keite H. Santos

As práticas pedagógicas no âmbito do mobiliza-SUS:
percepção dos sujeitos envolvidos

Larissa Barros
Thetron Dyonises
Letícia Maria Araújo Oliveira Nunes

Mamãe pinta e borda: incluindo com arte
Leda Fernandes Bertamoni

Escola popular de saúde do Alemão
Letícia Maria Oliveira Nunes

Escola popular de saúde do Morro do Urubu
Letícia Nunes

Celebração da saúde e da cidadania
Letícia Nunes

Avaliação das experiências de aprendizagem no projeto
de promoção da saúde do NAI/UNATI/UERJ
Liliane Carvalho Pacheco

Liga de educação em saúde: educação popular
através de experiências no asilo dos pobres
Luan Menezes Dantas

Monitoria da disciplina Tópicos de Extensão Popular e Saúde:
relato de uma experiência
Luana Lima Guimarães

Visitas domiciliares na perspectiva da educação popular
em saúde: relato de uma experiência
Luana Lima Guimarães

PALHASUS – interface entre palhaços-cuidadores e a
educação popular
Lucas Emmanuel de Carvalho

Exensão popular e a promoção da saúde de gestantes: promovendo diálogos a partir de uma experiência em uma unidade de saúde da família em João Pessoa – PB
Luciana Maria Pereira de Sousa

A sensibilização de idosos e gestantes através de metodologia lúdica como ferramenta de Educação em saúde
Ludmilla T. de Castro

Ações de educação em saúde na escola:
um relato de experiência
Luiz Henrique Fernandes da Silva

Educação alimentar e nutricional: redescobrimo saberes
Luzia Vilma Delgado

Mediações pedagógicas para a promoção da saúde: as práticas integrativas e complementares de cuidados em saúde em Aracaju
Maria Cecília Tavares Leite

O PET saúde da família em Aracaju: processo de construção de cenários, diálogos e sujeitos
Maria Cecília Tavares Leite

CIA livre Acesso Teatro e Dança Inclusivos:
cidadania-educação-cultura-inclusão
Maria Helena Tojal de Araujo

Humanização e educação popular: encontro que constrói o SUS nos locais de produção de saúde
Maria Lucia Franco Vaz de Oliveira

Semeando o diálogo com as práticas populares de saúde na formação profissional
Maria Waldenez de Oliveira

Mapeamento de práticas de educação popular e saúde
no município de São Carlos: compartilhando os resultados de 6 anos de trabalho
Maia Waldenez de Oliveira

Semeando o diálogo com as práticas populares de saúde na formação profissional
Maria Waldenez de Oliveira

A educação popular no currículo de um programa de Residência
Multiprofissional em Saúde do Idoso
Mariana Marques de Melo

Vamos ir a pé...
Marla Borges de Castro

A experiência de uma comissão de articulação política no PEPASF:
o delineamento de novos caminhos
Mateus do Amaral Meira

Tecnologias sociais em saúde para o desenvolvimento da participação
social local em território de favela
Mayalu Matos Silva

Humanização na UTI neonatal: atenção dada aos pais
Michele Kroll Bujes

Controle social e educação popular em saúde: conselheiros como
sujeito de transformação no SUS-Betim
Moisa Silveira Carvalho Duarte

Curta SUS
Murilo de Brito Andrade

Projeto sons no SUS
Murilo de Brito Andrade

Educação popular em saúde como estratégia para promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional em comunidades: uma experiência na extensão popular em João Pessoa – PB
Myrella Myevelin de França Alves

Projeto Vidas Paralelas: estudo sobre uma experiência de participação em Saúde do trabalhador no Rio de Janeiro
Olívia Luciana dos Santos Silva

Grupo educativo em saúde – educação popular visando a promoção do autocuidado em um núcleo de saúde da família de Ribeirão Preto
Patricia Sanchez

Uma vivência de promoção da saúde e cultura da paz
Pedro Andrade Sá Corrêa

Roda da saúde: uma experiência de educação popular
Priscila Cavalcante da Silva

Nutrição e envelhecimento ativo: ensino, pesquisa e extensão em prática acadêmica
Rachel Marques dos Santos

Temperando sabores e saberes no envelhecimento: alimentação, saúde e prazer discutidos em vivência culinária
Rachel Marques dos Santos

Histórias e filmes infanto-juvenis promovendo saúde no ambiente escolar
Rafael da Silva Soares

Educação em saúde e juventude: a percepção do bullying por adolescentes de uma escola municipal de Niterói
Raí Moreira Rocha

Projeto arte do cotidiano: a criança retomando a alegria do seu corpo
através de oficinas de dança, harmonização e criação
Regina Célia Carvalho Lima Neves

Humanização no cuidado: atuação do palhaço cuidador
em um Hospital público – PB
Renato Araujo de Menezes

Empreendedorismo, meios de produção e etnomatemática:
ação coletiva em educação popular
Ronicley Eduardo Corrêa de Araújo

Um outro olhar sobre a saúde – as práticas integrativas
de saúde, cultura e movimentos
Rosângela dos Santos Silva

Diálogo entre profissionais de saúde e práticas populares de saúde
Silvana Faraco de Oliveira

Oficina: cuidar do outro é cuidar de mim
Simone Maria Leite Batista

Dinâmicas educativas na prática de cuidar de enfermagem
Suelen Cristina de Alcântara Pereira

O cuidar em saúde no espaço domiciliar a partir de uma experiência popular
Susane C. Cardoso da Silva

Educação popular no trabalho com lideranças comunitárias:
uma intervenção psicológica
Suzi Mara Freitas

Educação popular, construção compartilhada e terceira idade
Talita Leite Ladeira

O olhar dos profissionais da ESF sobre o uso de materiais educativos na mediação com usuários: relato de experiência na ESF/Quissamã/RJ
Teresa Cristina de Carvalho Lima Neves

Saber viver é viver com qualidade
Thaís Pereira dos Santos

Acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes assistidas pelo Projeto Reagir – Hospital Piedade – RJ – Brasil
Bossio, T

Atenção às gestantes e puérperas de uma comunidade à luz da educação popular
Thayana Jovino Oliveira

A prática da educação popular em saúde na visão do extensionista: relato de experiência
Thayana Jovino Oliveira

Reinventando a roda – a experiência do encontro da DGTES
Tiago Parada Costa Silva

Construção da política estadual das práticas integrativas, populares e complementares de Sergipe: início da caminhada
Tulani da Conceição Silva Santos

Farmácia viva na escola: uma experiência na Escola Técnica Agrícola Prefeito João Alves dos Santos no Município de Itabaiana, SE
Tulani Conceição da Silva Santos

As práticas de educação popular entre profissionais de uma equipe de saúde da família e a população em grupo de promoção no Complexo do Alemão
Vanessa de Lima Seabra

PEPASF: atividades estruturais e comapos de ação
Victor Augusto Hernandes de Alexandria

EIXO 3 - VALORES DEMOCRÁTICOS

Educação popular com Conselheiros Municipais de Saúde da Bahia
Alba da Cunha Alves

Redução de danos: clínica ampliada na interface com
Sistema Único de Saúde
Ângela Monteiro

Avaliação do perfil dos gestores, trabalhadores e usuários das unidades básicas
de saúde de Betim quanto à participação popular nos anos de 2010 e 2011
Deborah Caroline Vieira da Silva

Fórum inter-religioso, experiência de democracia, cidadania, humanização
e acolhimento em uma instituição pública de saúde
Dorislaine Rodrigues de Oliveira

Processo saúde/doença e a enfermagem
Ernande Valentim do Prado

Educação popular e a promoção da equidade em saúde: o encontro
nacional de saúde do povo cigano como experiência de diálogo
Esdras Daniel dos Santos Pereira

Produção de conhecimento e cidadania: a experiência do
Laboratorial Territorial de Manguinhos, RJ
Fátima Pivetta

Começo de uma atitude
Felipe Vieira dos Santos

A importância da participação popular
Francisco Sandro Aurelino

Antropologia e educação popular em saúde: diálogos e interfaces
Graziele Ramos Schweig

Roda aberta de diálogos sobre educação popular
em saúde (EPS) na Bahia
Guilherme Ávila Salgado

O fazer em saúde: conceituando práxis, prática em saúde
e prática educativa em saúde
Heloisa Helena da Silva Guedes

Programa de formação para o controle social no SUS Betim
Jacqueline do Carmo Reis

Percepções na área programática 5.3 do município do Rio de Janeiro:
aspectos positivos e negativos

Gerontologia em movimento: um olhar para a educação popular e saúde
João Paulo Ferreira

A experiência do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde na visão do ACS:
formando “Mensageiro da Paz”
Joelma Moreira Ramos Roque

Fórum de Educação Popular em Atenção à Saúde do Trabalhador:
construindo a participação popular em saúde
Joyce Gleze de Araújo Gomes

Saúde e educação popular: uma experiência de gestão democrática e participativa
Kelly Cabral Teles

Cordel: participação popular na saúde em João Pessoa
Kelly Cabral Teles

Inserção das religiões de matriz africana no Grupo Hospitalar Conceição
Leda Fernandes Bertamoni

A interface do apoio institucional com a educação popular em saúde
na gestão da atenção básica
Leticia de Moraes Falleiros

Núcleo de cultura, ciência e saúde

Leticia Maria Araújo Oliveira Nunes

Participação popular, movimentos e direito à saúde: um relato de experiência

Luciana Santos Chaves

Articulando extensão, graduação e pós-graduação em enfermagem através da educação popular e saúde

Magda Guimarães Araújo Faria

Vivências em educação popular e construção compartilhada do conhecimento na formação acadêmica

Magda Guimarães de Araújo Faria

Educação popular na formação do Agente Comunitário de Saúde e a democratização do SUS

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

A comunicação social como instrumento de educação para a doação de órgãos

Marina Rotemberg Saraiva

A experiência da Tenda Maria Felipa na 8ª Conferência/Bahia

Patrícia Dantas de Araújo

Estratégias de comunicação para a mobilização popular

Pedro Capra

Ensinar: muito mais que conhecimentos...: experiência pessoal da disciplina de Educação Popular em Saúde Ensp/Fiocruz

Talita Leite Ladeira

Que cuidado queremos? A construção compartilhada de conhecimento no cenário da formação

Talita Leite Ladeira

RODA DE CONVERSAS

Diálogo entre práticas populares e as práticas profissionais de cuidado à saúde
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Práticas populares e seus praticantes na formação profissional em Saúde
Maria Waldenez de Oliveira

Diálogo entre práticas populares e formação e práticas profissionais
de cuidado à saúde
Sônia Acioli

Trabalho e construção de saberes: “O ACS é do serviço para a comunidade,
ou da comunidade para o serviço?”
Helena Maria Scherlowski Leal David

O Agente Comunitário de Saúde na mediação de saberes
Tereza Ramos

Agentes Comunitários de Saúde na mediação de saberes
Vera Joana Bornstein

A produção do conhecimento na perspectiva da educação popular:
barreiras e dobras no diálogo com a academia
José Ivo Pedrosa

Produção de conhecimento em educação popular
José Francisco de Melo Netto

História, ações e reflexões do movimento de EPS
Pedro José Cruz

Histórico, ações e reflexões do movimento de educação popular em saúde
Simone Maria Leite Batista

Saúde do Trabalhador e educação popular: a extensão re-significando a integralidade e reorientando a formação em saúde
Dailton Alencar Lucas de Lacerda

Educação e construção dos saberes no trabalho – desafios à organização dos trabalhadores
Ivanilde Batista
Interface da EPS nos serviços de saúde
Graziela pagliaro

Desafios da Educação Popular em Saúde no PMF Jonathas Botelho em Niterói
Ivi Tavares Abrahão Castillero

A construção histórica da participação e das lutas populares – análise coletiva
Eni Carjá Filho

A conjuntura histórica da participação e das lutas populares – análise coletiva
Marcio José Villard Aguiar

Participação e luta: conquista de direitos
Selvino Heck

Movimentos estudantis em saúde popular: uma união que cria possibilidades
Arnildo Dutra de Miranda Júnior

Movimentos estudantis em Saúde e educação popular
Cezar Nogueira

O compromisso social e político do trabalhador do SUS
enquanto trabalhador social
Claudio Ferreira do Nascimento

Movimentos estudantis em Saúde e educação popular
Magda Guimarães de Araujo Faria

A Pacha Mana tá revoltada, a Rio+20 deu em nada
Carla Moura Pereira Lima

Extensão popular e democracia na formação profissional a partir da
extensão universitária – um encontro possível

Camila Zamban de Miranda

Extensão popular e democracia na formação profissional a partir da
extensão universitária – um encontro possível

Filipe Willadino Braga

Extensão universitária e educação popular em saúde

Regina Lúcia Monteiro Henriques

Arte e produção cultural nas lutas populares pela saúde – metodologias, processos, vivências

Gaspar Fraga Carvalho de Souza

Saúde é questão de cultura e cultura é questão de saúde

Vitor pordeus

Metodologias participativas na formação e no trabalho em saúde

Pamela Pimenta Gonçalves

Metodologias participativas na formação e no trabalho em saúde

Regina H. Simões Barbosa

Participação e solidariedade – contribuições na produção de valores democráticos:
sentidos, significados e práticas no campo da saúde

José Carlos Silva

Democracia: valor universal ou histórico?

Eduardo Navarro Stotz

Conversando sobre informação e apropriação de conhecimentos em saúde a partir da
intervenção no Morro dos Cabritos/RJ

Gilda Zamith Ribeiro Campos

Informação e território para a participação em saúde
Regina Maria Marteleto

Informação e território para a participação em saúde
Renata Pekelman

Movimento nacional de população de rua protagonizando
história e lutando por direitos
Maciel Silva dos Santos

A educação popular e saúde nas políticas públicas – o que queremos
com uma política nacional de EPS? texto provocativo para roda
Ernande Valetim do Prado

Educação popular também é coisa de “doutor”?
Maria Amélia Medeiros Mano

Doutores, guerreiros da palavra escrita
Eymard Mourão Vasconcelos



V ENCONTRO
NACIONAL
DE EDUCAÇÃO
POPULAR
E SAÚDE

EIXO 1 MEMÓRIA

Por uma educação popular para as crianças negras

Alexandre Ribeiro Neto

O nosso trabalho tenciona recuperar as raízes históricas do projeto de educação para as crianças negras. Ele apresenta os resultados parciais, da nossa tese desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

O presente texto apresenta os resultados parciais, da nossa tese desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, nele tencionamos apresentar as raízes históricas do processo de educação popular para as crianças negras. Num país de conceitos imprecisos de educação popular. Ela pode significar uma proposta feita para o povo? Ou seria desenvolvida com as classes populares? Ou finalmente, poderíamos definir como um projeto educacional desenvolvido pelas classes populares olhando seus interesses e objetivos? Em nosso trabalho dialogamos com Stirner (2001) no qual argumenta que os professores foram esmagados pelas políticas governamentais, que os roubou a autonomia do processo pedagógico. Em cada aula repetem um surdo refrão de sentimento de fracasso, impotência e desânimo. Sem um projeto político de mudança no horizonte, atuam nas escolas públicas pedindo que o ano termine, mesmo sabendo que do pouco que ensinam pouco se aprende. Em nada nos espantaria se essa escola pública, que ao longo do tempo foi sucateada e viu lentamente uma mudança no perfil dos seus alunos, agora não mais os filhos da classe média. Atualmente em seu interior temos um grosso contingente de alunos pardos e negros. A escola é permeada por lutas históricas, são elas que o nosso trabalho pretende trazer a baila. Num país que foi o último a abolir a escravidão, com território extenso, com grande desigualdade econômica, ainda lutamos para democratizar o ensino. Não queremos negar os avanços. Contudo, reconhecemos que, ainda há crianças fora da escola e ela não é mais a escola dos anos dourados. Pensar a educação popular de qualidade, sem responder as perguntas elencadas no início do texto, apontaria mais uma vez, em limites pouco precisos, da mesma forma que os alguns projetos educacionais vigentes. Na tentativa de abarcar a todos terminam excluindo o povo. Seguindo interesses maiores, de uma fomentar uma educação ligeira, sem aprofundamento e sem reflexão. Formando trabalhadores que não sabem operar as máquinas, somente apertam o botão.

Palavras-chaves: Processo de Escolarização, Crianças Negras, Educação Popular.

Campanha “Madrinhas da Amamentação”

Cristine Nogueira Nunes

Há pelo menos duas décadas, imagens de bebês mamando no seio de suas mães têm presença maciça nas campanhas pró-amamentação do Ministério da Saúde, e desde 1999 essas mães são atrizes de televisão, modelos ou cantoras. Este recurso vem concedendo identidade comunicativa à campanha “Madrinhas da Amamentação”, parceria entre o Ministério e a Sociedade Brasileira de Pediatria na produção de material de divulgação das ênfases propostas pela aliança internacional em prol do aleitamento materno, da qual o Brasil é signatário. A suave atmosfera do material gráfico brasileiro contrasta com a séria problemática que é sua tarefa auxiliar a transformar, constituindo a face divulgada de uma luta contra a cultura do consumo de leites artificiais e mamadeiras, liderada pela OMS há quase 40 anos. Assim, nos propomos a tecer um paralelo – por intermédio de uma breve análise gráfica e textual - entre os cartazes da campanha nacional e as diretrizes mundiais que oficialmente a norteiam.

Há pelo menos duas décadas, imagens de bebês mamando no seio de suas mães têm presença maciça nas campanhas pró-amamentação do Ministério da Saúde, e desde 1999 essas mães são atrizes de televisão, modelos ou cantoras. Este recurso vem concedendo identidade comunicativa à campanha “Madrinhas da Amamentação”, parceria entre o Ministério e a Sociedade Brasileira de Pediatria na produção de material de divulgação das ênfases propostas pela aliança internacional em prol do aleitamento materno, da qual o Brasil é signatário. A suave atmosfera do material gráfico brasileiro contrasta com a séria problemática que é sua tarefa auxiliar a transformar, constituindo a face divulgada de uma luta contra a cultura do consumo de leites artificiais e mamadeiras, liderada pela OMS há quase 40 anos. Este artigo se propõe a tecer um paralelo –por intermédio de uma breve análise gráfica e textual- entre os cartazes da campanha nacional e as diretrizes mundiais que oficialmente a norteiam. Notas sobre os caminhos da amamentação no Brasil: Para abordar o assunto, é essencial regressarmos à época do descobrimento, quando o aleitamento mercenário era corriqueiro em Lisboa e as famílias brasileiras mais abastadas, para quem a amamentação era tarefa indigna para uma dama (Almeida, 1999: 30), a princípio entregaram as crianças aos seios de índias cunhãs, depois substituídos pelos das escravas (a quem era imposto o desmame dos próprios filhos em favor do aleitamento de crianças brancas), balizando um comportamento social de elite copiado pelas camadas menos privilegiadas da população, em seu desejo de distinguir-se socialmente. A chegada da família real ao Brasil e a movimentação política que a acompanhou vieram a promover a reversão deste quadro, por intermédio de uma aliança firmada entre a medicina e o Estado, em prol da edificação premente do sentido de nação, para a qual a vida das crianças da elite assumiria importância prioritária. Fundava-se então o paradigma higienista, que transformou o escravo “de animal útil ao patrimônio, em animal nocivo à saúde” (J. F. Costa, in Almeida, 1999, p:33), condenando as amas-de-leite e entregando às mulheres brancas a total responsabilidade pela saúde de seus filhos, num discurso oficial que tendia a culpabilizá-las em caso deste objetivo não ser alcançado. Porém, diante da alegação, por parte muitas mulheres, de dificuldades em levar a termo tal compromisso, os higienistas - segundo João Aprígio Almeida, fundaram a figura biológica do “leite fraco”, a ser remediada pelo re-

torno da ama-de-leite, desta vez branca e pobre, cuja saúde – tantas vezes precária, começou a ser regulada em 1901. A mudança operada na economia brasileira em inícios do século XX, propiciadora da passagem do sistema de produção agro-exportador para o urbano-industrial, ascenderia a burguesia, marcando o desenvolvimento da sociedade de consumo, para a qual a mamadeira tornou-se um dos símbolos de modernidade e urbanismo. Em 1912 chegavam ao Brasil as primeiras remessas de leite condensado e farinha láctea da Suíça (Nestlé), promovendo a mamadeira de leite industrializado como alternativa para o “leite fraco”, denominado cientificamente *hipogalactia*, agora uma patologia institucionalizada (Almeida, 1999, p:39). A indústria se envolveu em todas as esferas relacionadas com o desempenho profissional dos trabalhadores da saúde: serviços assistenciais dos hospitais-escola, reuniões científicas, patrocínio a cursos de atualização e congressos, contribuição para o sustento das revistas científicas com permanente publicação de anúncios, contato individual de seus representantes com a classe médica para fornecimento de amostras grátis, folhetos de alta qualidade gráfica e variados brindes (Goldenberg, 1989, p:122). Esta estratégia de marketing foi se intensificando dos anos de 1940 a 1970, tal a reciprocidade de interesses entre a indústria e a classe médica, pois enquanto a primeira expandia seus lucros, a segunda realizava a aquisição e manutenção de sua autoridade perante seus pacientes, vencendo a influência de leigos e parteiras. O PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, foi lançado no Brasil em 1981, em resposta à reviravolta mundial provocada pelo livro “The Baby Killer”. Publicado em 1974, de autoria do jornalista inglês Mike Muller, o relatório fora encomendado pela organização caritativa inglesa *War on want*, e seu conteúdo denunciava que o marketing das indústrias de leite em pó estava elevando a morte de bebês por diarreia e desnutrição na África, Ásia e América Central. Sob a influência desta publicação, a comunidade científica internacional, capitaneada pela Organização Mundial de Saúde, reconheceu unanimemente a superioridade do aleitamento materno no decorrer da segunda metade da década de 1970. No Brasil, o PNIAM liderou ações de sentido plural nos anos 80: alojamento conjunto em maternidades, bancos de leite humano, adesão ao código internacional para controle da comercialização de leites, licença maternidade de 120 dias, direito de amamentação aos filhos de presidiárias, inserção do tema nos currículos escolares, programa de capacitação de recursos humanos, centros de referência, incentivo a grupos de mães que amamentam e a pesquisas e estudos. Diante de tais medidas e da disseminação da nova ideologia pelos meios de comunicação de massa, constatou-se uma redução de 65% no acesso a leites modificados entre 1980 e 1989 (Almeida, 1999,p:42). A partir de 1999, a Sociedade Brasileira de Pediatria se uniu ao Ministério da Saúde na produção de material gráfico de aporte à Semana Mundial da Amamentação, evento de âmbito internacional promovido pela WABA - *World Alliance for Breast-Feeding Action*. Desde então, atrizes da TV Globo viriam figurar cartazes, folhetos e *spots*, concedendo feição gráfica e simbolicamente sistematizada a uma campanha iniciada em 1992, que preponderantemente também já estampara imagens semelhantes. A WABA: *A World Alliance for Breast-Feeding Action* é uma organização não-governamental que representa a aliança mundial em prol de ações de promoção, proteção e apoio à amamentação. Resultante de uma reunião de organizações internacionais e representantes de 40 países, dentre eles o Brasil, reunidos em Florença em 1990, foi fundada em 1991 como forma de viabilizar o compromisso assumido na Itália, de “promover o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 4 a 6 meses de vida e a continuidade da amamentação até os dois anos de idade” (Siqueira e Toma, 2002, p:267). Para tanto, lançou a Semana Mundial de Aleitamento Materno, a fim de mobilizar anualmente sociedades do mundo inteiro em prol da causa (hoje a aliança conta com 150 países). Sua sede brasileira, localizada no Recife, difunde as diretrizes anuais da matriz (Malásia), determinadas em reuniões com representantes dos diversos países. Com limitações de verba, procura periodicamente

traduzir o material (cartazes, *action folders* etc), distribuindo-o para os profissionais de saúde na montagem da Semana. Quando a data se aproxima, porém, o Ministério da Saúde fornece material produzido em seu setor de Comunicação Social, material este que será amplamente divulgado na esfera pública de saúde durante o evento nacional e que, desde 1999, conta com a parceria da Sociedade Brasileira de Pediatria na campanha denominada “Madrinhas da Amamentação”. Diante deste processo operacional, a pergunta que surge é: por que não simplesmente financiar a tradução cuidadosa do cartaz da WABA internacional? Será que ao criar uma campanha própria, o Ministério da Saúde estará zelando pela adaptação da mensagem à cultura brasileira? O que parece ocorrer, no entanto, é a repetição constante, e maciça do modelo visual mãe-aleitando-seu-filho (que justifica em parte o conceito “Madrinhas”), enquanto a campanha internacional se esmera em fornecer elementos representativos das problemáticas que pretende abordar. A campanha “Madrinhas da Amamentação”: A Semana Mundial de Amamentação estabelece, desde 1992, temas mundiais a serem trabalhados pelos países signatários da aliança, e desde 1999 o Brasil se engajou neste esforço, lançando a campanha “Madrinhas da Amamentação”. Naquela época, havia motivos bastante recentes para justificar a escolha de imagens de modelos e atrizes da TV Globo para figurar os cartazes da campanha nacional, pois a campanha de vacinação contra a poliomielite (lançada pelo Ministério em 1997) alcançara grande sucesso: a imagem de uma criança- sósia do craque Ronaldinho, gozando de plena saúde, era acompanhada da frase “Vacine seu Ronaldinho contra a paralisia infantil” e “Vacine seu futuro campeão”. A estratégia alcançou efeitos expressivos, tal a importância exercida pelos meios de comunicação de massa e seus personagens sobre a cultura, como observa Canclini sobre a América Latina: “É preciso examinar o que a globalização, o mercado e o consumo têm de cultura. Seleccionamos bens, nos apropriamos deles, definimos o que é valioso (...) O público recorre ao rádio e à TV para conseguir o que as instituições cidadãs não proporcionam: serviços, justiça, reparações ou simples atenção. A cena da TV é rápida; a institucional é lenta (Canclini, 2001, p:43-50).” Adaptar esse conceito bem sucedido se mostrou, portanto, muito promissor. Mas, justo naquele ano, o cartaz lançado pela WABA internacional utilizava como imagem a foto da boneca Mariana, concebida por uma artesã de Recife. Confeccionada em tecido, a boneca trazia seu bebê ao seio por intermédio de colchetes de pressão que viabilizavam o encaixe da boca da criança. Além disto, a boneca contava com espaço vago em seu ventre para encaixe do bebê, podendo simular as fases de gestação e parto normal. Segundo Maria Inês Couto de Oliveira (Coordenadora do Grupo Técnico Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno no Estado do Rio de Janeiro, entrevistada por esta pesquisa), a escolha de referências brasileiras para a campanha internacional foi motivo de contentamento para os profissionais engajados na organização dos eventos, lhes fornecendo elementos culturais de alta carga simbólica para a campanha brasileira. No caso da boneca, tratava-se não apenas de uma imagem, mas de um produto nacional, cuja produção em série foi realizada por um grupo de costureiras e exportada para países europeus. Entretanto, embora o lema proposto pela WABA (Amamentar é educar para a vida) tenha sido mantido no cartaz nacional, a boneca foi substituída pela imagem da modelo Luiza Brunet aleitando seu filho. Algumas considerações: Como havia sido observado anteriormente, o modelo mãe-aleitando-seu-filho se faz presente de maneira maciça na campanha “Madrinhas da Amamentação”, embora a aliança internacional demonstre a busca por imagens e textos que contextualizem o aleitamento materno perante a complexidade do mundo e das problemáticas que envolvem o assunto. As sutis variações de vestuário, nos ambientes e no tratamento gráfico dispensado aos cartazes brasileiros não deixam de constituir sinais de atualização para a mensagem, mas o que se verifica na produção da WABA é a intensiva busca por linguagens permanentemente contemporâneas que consideram a mulher como membro ativo desta realidade em constante transformação. Desde o início da campanha liderada pela WABA, os textos principais dos cartazes brasileiros – embora

adaptados das diretrizes internacionais – tendem para o tom imperativo, parecendo estabelecer que esta é a tarefa de toda mãe, tal e qual pregava aquele discurso higienista que culpabilizava a mulher por eventuais insucessos com a saúde de seus filhos. Apenas a partir de 2004, quando o símbolo da WABA Brasil passou a figurar nos cartazes da campanha, percebem-se alguns sinais de engajamento, ora esclarecedores do real sentido da amamentação exclusiva, ora comunicadores da existência de uma lei de controle ao comércio de leites modificados. Importante notar também que a partir de 2007, quando o lema da campanha internacional apontava para o alarmante número óbitos anuais de bebês que não são amamentados (Save more than 1 million babies!), a campanha nacional deixa transparecer um flagrante “apaziguamento” da mensagem, coisa que se repete em 2009, quando “Breastfeeding: a vital emergence response” foi traduzido para “Amamentação em todos os momentos”. No cartaz de 1999, chama a atenção o sub- texto “*Se você tem alguma dificuldade em amamentar converse com o pediatra do seu filho*”. Conhecendo um pouco da história da amamentação no Brasil e, portanto, da estratégia de marketing empregada pelas indústrias de leite em pó sobre a área médica, não há como ler as versões deste conjunto de cartazes nacionais sem aventar que o vínculo entre a Sociedade Brasileira de Pediatria e o Ministério da Saúde possa não estar ainda suficientemente refratário às pressões econômicas da indústria, pois também a insistência em um mesmo modelo visual soa incoerente com os evidentes avanços verificáveis em muitas searas da comunicação pública contemporânea. As alternâncias de conduta no Brasil sobre a questão da amamentação fazem parte da história de nosso país e, como tal, não podem deixar de ser consideradas por iniciativas que se proponham a resgatar a prática do aleitamento materno. Nesse sentido, é primordial que as campanhas tenham, periodicamente, seus resultados avaliados criticamente - em termos de linguagem visual e textual, repercussão junto ao público etc., a fim de que medidas de aprimoramento sejam tomadas para equiparar as campanhas sobre este assunto ao vigor necessário que conduzirá à mudança de conduta da sociedade brasileira quanto à segurança alimentar infantil. Observação importante: a base analítica deste artigo é composta pelos cartazes das campanhas da WABA e “Madrinhas da Amamentação”. Entretanto, tais imagens não puderam figurar neste documento em função dos limites de tamanho de arquivo. Referências: ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. 1999. *Amamentação, um híbrido natureza-cultura*, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. CANCLINI, Nestor Garcia. 2001. *Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização*, Rio de Janeiro: Editora UFRJ. GOLDENBERG, Paulete. 1989. Consumo e reprodução social: o desmame precoce na perspectiva de marketing do leite em pó num país subdesenvolvido, Repensando a desnutrição como questão social, Campinas: Editora Cortez e UNICAMP. MULLER, Mike. 1995. *O matador de bebês*, Recife: IMIP. SIQUEIRA, Siomara Roberta e TOMA, Tereza Setsuko. 2002. *As Semanas Mundiais de Aleitamento Materno*. In REGO, José Dias (Org). *Aleitamento Materno: um guia para pais e familiares*, São Paulo: Editora Atheneu.

A palavra em Freire: entre a palavra oca e a palavra verdadeira

Flander de Almeida Calixto

O presente trabalho pretende estabelecer comparações entre a palavra em Paulo Freire e a palavra em Jacques Lacan, baseando-se nos conceitos de palavra plena e palavra vazia, em Lacan, e de palavra oca e palavra verdadeira, em Freire. Um dos objetivos deste trabalho foi tentar delinear possíveis aproximações entre as duas obras, pela comparação de pontos que surgiram na discussão das idéias de cada autor. Os procedimentos metodológicos e técnico-operacionais utilizados para a construção teórica e o estudo documental da pesquisa se pautaram em procedimentos voltados para a pesquisa bibliográfica, na qual, se tentou estabelecer um diálogo entre textos publicados desses autores. Foram utilizadas também outras fontes de pesquisa, tais como vídeos, entrevistas e documentários, constituindo-se nas fontes primárias e secundárias de investigação. O trabalho de pesquisa possibilitou-nos vivenciar que a pesquisa em Psicanálise apresenta um caráter qualitativo primordial que enfatiza a dimensão da subjetividade. Destacamos que as aproximações tentadas surgiram a partir de leituras do pesquisador, um processo investigativo cujo eixo residiu na concepção psicanalítica lacaniana, em que o método é construído pelo pesquisador a cada passo e não se busca a totalidade de compreensão do fenômeno, pois se acredita que há sempre um resto que fica e que jamais poderá ser apreendido pela pesquisa e pelo pesquisador. Ao aproximar a palavra em Freire e a palavra em Lacan constata-se que são conceitualmente distintas ao considerar-se o eixo epistemológico que as originou. Todavia, a utilização do pensamento freudo-lacaniano possibilitou encontrar os conceitos que permitiram perceber, na maneira freiriana de vincular a palavra ao sujeito (a começar do próprio Freire), o inconsciente de modo sutil atuando desde o discurso ao ato de palavra: um invento de práxis.

Freire, nos últimos anos de sua vida, fala em uma “pedagogia do desejo” (FREIRE, 2001b, p. 37), capaz de modificar o lugar do sujeito para gerar sonhos, deslocando-o de sua posição, sem abordagens prescritivas, pois cada contexto é diferente do outro e, assim, são também as vidas humanas. Essa postura exige posicionar-se diante do objeto “ad-mirado” para conhecê-lo e fazê-lo ato cognoscente. Distanciando-se dele, podemos vê-lo, penetrando-o, percebendo-o e apercebendo-o, fazendo dele corpo pela palavra que o delinea. A palavra cria uma estrutura lingüística em que os significantes significam pela posição que ocupam na estrutura contextual: é linguagem-pensamento que se constitui em “significantes–significados” de signos em inter-relação (FREIRE, 2001b, p.43). Examinamos no artigo o conceito de palavra em Paulo Freire, tomando como referência a apresentação da palavra em sua obra. Em *Educação como prática da liberdade* (1967/2002a), Freire recupera a palavra como elemento subtraído ao sujeito, retomando a colonização que se caracterizou por reproduzir um “homem-objeto”, subalterno e sem a sua palavra — a “*palavra afogada*”, aquela que não veio. Palavra e fala estão numa ordem de pertinência direta e se

interpenetram. A “palavra afogada” de Vieira insere-se contextualmente numa determinante social das relações de poder entre o povo brasileiro e os colonizadores, por isso redundante na ausência do diálogo, “sem fala autêntica”, pois é pela fala que a palavra se *corpora* pelo diálogo ao estabelecer uma comunicação com o outro. Embora o circuito epistemológico em que Freire tece sua teoria seja numa linha de sentido e do consciente, é possível perceber que há um deslocamento de um circuito de significado das palavras, para a dimensão significante que elas encerram. Intelectuais que conviveram com Freire perceberam esse caráter a mais da palavra em sua fala: “[...] *nos damos conta de que as palavras, seu sentido, seu contexto, as ações dos homens, sua luta por dominar o mundo, por impor sua marca na natureza, sua cultura e sua história, formam um todo em que cada aspecto tem sua significação não apenas em si mesma, mas em função do resto. (Prefácio do livro Extensão ou Comunicação (1968), palavras de Jacques Chonchol, p. 11, grifos meus)*”. Percebo que é na dimensão significante que uma palavra pode vir a ser geradora (que gera palavras novas e por que não dizer significantes novos?), pois a vejo significante, na medida em que é pronunciada por um corpo, já que é constituída em uma rede de combinações que vai compor os significados de sua estrutura signíca em cadeia. Dessa forma, há que se perceber a existência de uma teia de significados, nos quais “cada sujeito” compõe para si uma representação unívoca entre aquelas que lhe fazem sentido, conforme as combinações que elege e considerando a pluralidade da cultura em que as palavras são criadas. Vejamos a palavra “tijolo”, presente nas primeiras experiências de alfabetização do educador e que integra o universo vocabular dos operários alfabetizados da nova capital do Brasil. Por volta do primeiro lustro dos anos 1960, tal vocábulo relacionou-se pedagogicamente com o trabalho cotidiano dos candangos, na dupla dimensão política que a palavra evoca: - na perspectiva da necessidade pessoal (refere-se a fazer parte da cotidianidade de suas vidas) - na sua ação sobre as coisas no mundo como historicidade coletiva entre os demais que, trabalhando, se submetem à expropriação da força de trabalho (o mundo do trabalho capitalista). Tais dimensões constituem o campo gnosiológico de significados plurais que perpassam o contexto desses homens e mulheres. Os educandos, a seu tempo, vão tendo a possibilidade de experimentar os sentidos descobertos, sem permanecer em repetições mecânicas, e, como sujeito cognoscente, estabelecem laços com os significados que elegem e que são retirados da própria experiência. Pretendo enfatizar que é a priorização da singularidade presente na palavra-corpo, e não, a regulação reducionista da cartilha, o que “gera” as construções singulares — é a apresentação da palavra como “a sua palavra”. Observo, então, que Freire não se refere a uma palavra tomada em âmbito generalizante, mas sim, na sua dimensão gnosiológica, peculiar — e esse é o diferencial —, mesmo que ela se situe em outros nichos para ele, a palavra faz corpo (alguém a fala) ali, naquela associação singular, um laço para o educando que, segundo Freire (2001b, p. 76), são “sujeitos orais”. A “ficha da descoberta” (2002a), uma das estratégias que o educador empregou na alfabetização como conjunto processual e que, ao deslizar sobre um componente de desejo, favorece combinar fonemas, esquiva-se de um circuito de significação pela repetição e se volta para combinar simbólico e subjetividade, fazendo, assim, mais que dar significado às palavras, recupera pelo significante a conexão fluida abstraída do cotidiano do sujeito, daí que fosse tão eficaz operador na

alfabetização. Por isso, a fala e a palavra estão em interdependência direta na representação de um pensamento para quem o diz. **Referências: Extensão ou comunicação?** 3^a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. **Pedagogia do oprimido.** 17^a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987a.

Conteúdos formadores da prática educativa em saúde no Brasil: o papel da educação em saúde e da educação popular

Heloisa Helena da Silva Guedes

Ronaldo Franco Guedes

Raquel Franco Guedes

As práticas educativas em saúde foram influenciadas ao longo da trajetória da Política de Saúde no Brasil, tanto de modelos educativo-assistenciais cunhados numa postura biologicista quanto em modelos baseados numa visão humanística e ampla da saúde, levando-se em consideração os determinantes sociais. Estes modelos se aportam em conceitos distintos de saúde e educação que foram sendo modificados, muitas vezes não sucumbindo o outro totalmente, ao longo do tempo.

Introdução: No decorrer da história, o trato da saúde se ancorou em alguns conceitos que foram importantes para o desenho das práticas instituídas. Sendo a saúde entendida como uma prática social, seu conceito foi e continua sendo construído historicamente. Para Stotz, David e Bornstein (2007), podem-se depreender, pelo menos, três formas de se explicar o que venha a ser saúde. “1. *Tem saúde quem não tem doença. Ou seja, a saúde é a ausência de doença. Doença é algo relacionado à dor, ao sofrimento, à incapacidade para trabalhar, à morte. Esta é uma concepção cuja base é a biologia humana, o entendimento do corpo físico como o elemento central nos processos de saúde-doença. E já que é o corpo com seus sistemas de funcionamento que “fica doente”, a abordagem dos problemas acaba privilegiando o indivíduo.* 2. *Em outra perspectiva, saúde não é só não estar doente: é consequência das condições de vida, incluindo alimentação, moradia, salário, participação nas decisões, educação, paz, justiça social. Cada vez mais, esta ideia ganha força no mundo, e os países reconhecem que não basta ter muitos hospitais e remédios se a qualidade da vida das pessoas não é boa. Ter saúde é ter cada vez mais uma vida boa, plena.* 3. *Entre as duas concepções que circulam com maior legitimidade, uma vez que expressam o ponto de vista médico e o ponto de vista da saúde coletiva, existe uma outra, leiga, baseada no senso comum e na religiosidade da imensa maioria das pessoas que adoecem e sofrem. Esta concepção de cunho popular compartilha de elementos das duas outras concepções, atribuindo-lhes, porém, sentidos diferentes. Assim, não são somente os profissionais de saúde que compreendem a saúde como ausência de doença. Quando as pessoas dizem que saúde é ter capacidade de trabalhar, elas estão dizendo a mesma coisa de outra forma”* (STOTZ, DAVID E BORNSTEIN, 2007, p. 39-41). Do que se concebe por saúde são traçados os princípios e diretrizes que nortearão as práticas de saúde desenvolvidas nos serviços, inclusive as educativas. No último quartel do século XIX e durante boa parte do século XX as práticas de saúde no Brasil, alicerçadas no Paradigma Flexneriano, eram desenvolvidas com vistas a extirpar a doença através do viés curativista, sendo apenas a partir da década de 70 que se começou a formular práticas de saúde mais amplas. Para Stotz, David e Bornstein (2007, p. 39), a concepção de saúde-doença e as práticas instituídas nas primeiras décadas baseavam-se “na responsabilidade individual, no esforço de cada indivíduo em evitar doenças e providenciar a solução dos problemas. Se

não (...) [conseguisse] resolver, a culpa (...) [seria] dele. Em outros termos, (...) [culpabilizava-se] a vítima, a pessoa doente. O profissional de saúde, principalmente o médico, (...) [apresentava] a “solução” – tomar remédio, fazer a prevenção, seguir direitinho o que foi orientado. Isto (...) [acabava] por endossar uma ideia de que somente o saber do médico (...) [importava] para a saúde e (...) [reforçava] a relação de dominação do profissional sobre o “paciente””. No desenvolvimento das práticas em saúde, a prática educativa tomou forma como estratégia para disseminar a cultura da responsabilidade também do indivíduo no cuidado, em um primeiro momento como objeto e, depois, como sujeito. Neste processo, a prática educativa teve, pelo menos, dois elementos formadores: a Educação em Saúde em seus mais variados enfoques e a Educação Popular. No que se refere à Educação em Saúde, alguns autores, como Assis (1998), a descrevem influenciada por dois grandes enfoques: o *tradicional* - através do conceito restrito de cuidado à saúde - e o *emancipatório*, adotando um conceito mais amplo de cuidado. Além desses enfoques, outro desponta como conteúdo formador da prática educativa: a *Educação Popular* (id. 2004). A Educação Popular configurou-se na mola-mestra para a adoção de uma postura diferente no que concerne às práticas de saúde até então desenvolvidas, e diversos autores destacam sua importância para a construção de um processo de cuidado em saúde diferente do preconizado em muitas práticas até então. Segundo Arroyo (2009, p. 403), “a construção do indivíduo, enquanto sujeito de seu processo saúde-doença, tem sido um dos aspectos mais pedagógicos do movimento de educação popular”, pois, neste processo, “vão se conformando o pensamento e as intervenções práticas da educação popular e saúde. (...) [destacando] (...) saberes, (...) cultura”, e potencial de participação e luta dos indivíduos por seu direito à saúde. Malfitano e Lopes (2009:364) evidenciam, baseadas no pensamento de Sophia (2001), que a educação popular em saúde se define como um “campo de prática e conhecimento que se ocupa com a ligação entre a ação de saúde e o pensar e o fazer do dia a dia da população” e que essa experiência “acontece quando o trabalho profissional entra em diálogo com a cultura popular”. A reflexão sobre práticas de saúde mais abrangentes despontou a partir do contato de profissionais de saúde com a experiência da Educação Popular, surgida no final da década de 1950 e início da de 1960, a partir do envolvimento do segmento erudito (professores, padres, cientistas sociais, entre outros) com a questão social. Na busca de um trabalho pedagógico mais político e emancipador do que disciplinador, estes profissionais estavam insatisfeitos com as práticas mercantilizadas, rotinizadas dos serviços oficiais e desejosos de uma significativa atuação nas classes populares sob bases diferenciadas das até então empregadas (VASCONCELOS, 2001). A partir do referencial da Educação Popular, os profissionais de saúde começaram a adotar os pressupostos de uma prática de cunho mais libertário, cuja ênfase do processo educativo “estava no entendimento, pelos sujeitos populares, das razões da desigualdade social na saúde e da necessidade de conquistar o direito social à saúde. Experiências nas capitais – Zona Leste de São Paulo; Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro; Bairro dos Coelhos, em Recife – e nas áreas rurais – Meio Grito, na região de Goiás Velho – propiciaram o aparecimento do Movimento Popular de Saúde (MOPS), uma articulação entre ativistas sociais, profissionais e técnicos da área da saúde (STOTZ & WONG, 2005). Muitos deles iriam compor, juntamente com outras propostas – Pastoral da saúde, Medicina Geral Comunitária etc. –, o chamado movimento da Reforma Sanitária que está

na origem do Sistema Único de Saúde (SUS”) (STOTZ e BORNSTEIN, 2007, p. 46). Para autores como Stotz e Bornstein, a preocupação com o ato educativo como *“mediação social para fortalecer grupos e diminuir desigualdades – ou ao contrário, para perpetuar processos de dominação – foi a preocupação de alguns professores e pedagogos no Brasil e em outros países latino-americanos, e as propostas pedagógicas alternativas ao modelo dominante surgiram, principalmente, a partir da década de 1960 (...). A pedagogia da problematização (...) [teve] o intuito de desenvolver propostas educativas voltadas para a ampliação da capacidade técnica e da consciência crítica de adultos (...). Problematizar significa levantar os problemas com seus diferentes aspectos e de acordo com o entendimento dos diferentes atores sociais ou participantes da situação. Esta pedagogia tem uma intencionalidade clara: a de permitir que pessoas em situação de subalternidade, com pouco acesso aos “códigos” da educação formal, possam realizar não apenas um saber instrumental capaz de possibilitar ações concretas, mas também teorizar sobre sua realidade e os problemas a serem enfrentados”* (STOTZ e BORNSTEIN, 2007, p. 57-58). Como conteúdo formador da prática educativa, a Educação Popular – com destaque na área da saúde – se constitui como um movimento social que debruça o olhar não apenas à contribuição trazida pelo arcabouço técnico-científico, mas, também, sobre o saber popular, fruto da vivência da população em suas lutas cotidianas para acesso e direitos inclusive os ligados à saúde. Para Stotz, o objetivo da Educação Popular reside na *“perspectiva política com a qual se trabalha com a população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos da sociedade (...), [tomando] (...) como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares [tão importante e rico quanto o saber científico]. Na saúde isto significa considerar as experiências das pessoas sobre o seu sofrimento e dos movimentos sociais e organizações populares em sua luta pela saúde nas comunidades de moradia, de trabalho, de gênero, de raça e etnia”* (id. 2004, p. 08). A Educação Popular, preconizando uma nova concepção do educar, trouxe para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde um novo tipo de pedagogia, não adaptativa, mas propiciadora de mudanças efetivas na realidade através da relação problematizadora/dialógica preconizada por Paulo Freire. De acordo com Stotz e Bornstein (2007, p. 46), *“Os fundamentos da educação popular encontram-se nos trabalhos educativos desenvolvidos nos anos 50-60 do último século, principalmente ligados à União Nacional dos Estudantes e à Juventude Universitária Católica. Estas experiências, dentre as quais se destaca o Centro de Cultura Popular (CPC) e o Movimento de Educação de Base (MEB), vinculavam a educação à construção de uma sociedade mais justa e democrática. Com os nomes de “educação de base”, “educação de adultos” ou “educação popular”, tais experiências encontraram em Paulo Freire a sua mais conhecida sistematização”*. Paulo Freire, autor já abordado neste trabalho, foi um educador em toda acepção da palavra, que desenvolveu um trabalho voltado para as classes populares ao conceber o processo educativo como ação integradora entre os diversos atores sociais envolvidos: o educador, o educando, a rede familiar e social, as instituições. Questionando a pedagogia até então utilizada – depositária de um saber calcado na ideologia dominante –, sua perspectiva era a de criar novas concepções do educar, desencadeando um processo crítico e integrador que levasse a uma maior comunicação entre os pares, sem falar no necessário ajuste entre conteúdo e método sobre o prisma das condições sócio-históricas e culturais da população. *“Paulo Freire via a educação como um instrumento de conscientização, libertação e transformação. O método propunha partir da situação-problema do educando, compreendida dentro do seu universo vocabular, de modo*

a permitir a análise crítica e a atuação do próprio educando para resolvê-la. (...) a educação, disse ele, deve permitir ao educando ficar mais sabido, não só para ter saber, mas para usar este saber para tornar a sua vida e a dos outros melhor” (STOTZ e BORNSTEIN, 2007, p. 46). Oliveira (1997), ao dar sua contribuição à obra freiriana que tange à Educação popular, assinala que “Para além da redução ao aspecto estritamente pedagógico e marcado pela natureza política de seu pensamento, Freire adverte-nos para a necessidade de assumirmos uma postura vigilante contra todas as práticas de desumanização. Para tal, o saber-fazer da autorreflexão crítica e o saber-ser da sabedoria exercitados, permanentemente, podem nos ajudar a fazer a necessária leitura crítica das verdadeiras causas da degradação humana e da razão de ser do discurso fatalista da globalização” (OLIVEIRA, 1997, p. 12). Para a Educação Popular, o educar significa interagir com o outro, sendo um instrumento de promoção do ser humano. Segundo Castro (2004), a educação como prática educativa resulta do dinamismo pelo qual o homem é gerado e produzido. A educação, tomada nesta dimensão cultural, é, portanto, social. A educação contribui para que a cultura se estabeleça como tal ou se modifique a partir de tomadas de decisões do próprio homem, numa atitude de reflexão acerca de sua cultura. Para se propor um projeto educativo, que leve o outro a tomar consciência de sua cultura, é preciso interpretá-la primeiro. Partindo desse pressuposto, Prado, Santos e Cubas (2007), aportados no pensamento de Levy et al. (2004), consideram que o educar constitui-se em um “(...) fenômeno que tem o seu princípio e o seu fim voltados para a pessoa humana. (...) a educação só pode ser verdadeiramente compreendida e analisada sob enfoques que definem o próprio ser humano, em particular o biopsicológico e o sociológico. Do ponto de vista humano, a educação [popular] tem por objetivo levar o indivíduo a realizar suas possibilidades intrínsecas, com vistas à formação e ao desenvolvimento de sua personalidade. Sociologicamente, a educação é um processo que tem por fim conservar e transmitir cultura, atuando como importante instrumento e técnica social. Em termos gerais, em relação às necessidades individuais, a educação visa: desenvolvimento harmônico do corpo e do espírito; desenvolvimento emocional; formação do espírito crítico; desenvolvimento da capacidade criativa; desenvolvimento do espírito de iniciativa; formação estética; formação ética e formação moral; No plano das necessidades sociais, os objetivos da educação [popular] são: conservação e transmissão cultural; desenvolvimento do senso de responsabilidade social do educando; instrumentalização do educando para que participe conscientemente das transformações e do progresso social; formação política para o pleno exercício da cidadania; formação econômica; formação para as parcerias e solidariedade e integração social” (LEVY et al., 2004 apud PRADO, SANTOS E CUBAS, 2007, p. 32). Vasconcelos (2001) delimita o campo da Educação Popular assinalando que a mesma não é sinônimo de educação informal. É um processo que valoriza, sobretudo, os saberes e as práticas dos sujeitos populares. Como projeto pedagógico, preconiza a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico. Em suas palavras, a educação popular: “Busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo que promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento” (VASCONCELOS, 2001, p. 15). O ato de educar não advém apenas das instituições formais (escolas e seus programas e ementas), mas também se inscreve nas relações sociais estabelecidas entre os homens. Ao desejar uma educação popular que se diga libertária, capaz de emancipar, há que se

ter em mente que a educação formal não é capaz sozinha de propiciar os elementos para a libertação. Isso só será possível quando, baseados em preceitos freirianos, houver o envolvimento fraterno entre os homens através do diálogo franco e aberto, capaz de suscitar o debate. *“Muito profissionais (...), no corre-corre, acabam confundindo educar com domesticar. É comum alguns profissionais negarem-se se a atender as pessoas por falta de documento, alegando que assim elas aprendem a importância de não esquecê-lo. Confundem, assim, educar com domesticar. Pouco se explica da necessidade destes dispositivos para o Usuário, não levando em conta as razões do esquecimento. Pode-se mesmo dizer que em alguns casos esses dispositivos acabam afastando e/ou dificultando o acesso do Usuário aos serviços. Além disso, é preciso pensar o absurdo de tantos documento e números diferentes para identificar um ser humano. É perfeitamente possível pensar soluções em que as pessoas não sejam vistas como números ou prontuários em uma prateleira, mas para isso os profissionais e os usuários terão que ser ver como parceiros e não como adversários. E essa superação parece ser mais possível através da Educação Popular em Saúde”* (PRADO, SANTOS E CUBAS, 2007, p. 37). Segundo Stotz e Bornstein (2007, p. 57), *“A concepção transformadora de educação [popular] parte das condições concretas de vida para estabelecer, pelo diálogo, processos educativos capazes de melhorar sua vida. A problematização é uma forma de explicar uma situação, e também uma escolha pedagógica na qual a participação de todos é estimulada, em todos os momentos. Ao mesmo tempo em que trazem suas ideias – ensinam – as pessoas aprendem. E, ao aprenderem, crescem e se tornam mais fortes”*. A educação popular configura-se na expressão da participação dos indivíduos na discussão e proposição de soluções coletivas para os problemas. Não se está dizendo aqui, numa visão reducionista, que seja tarefa dos indivíduos resolverem por si só suas questões. Muito pelo contrário, conclamam-se os indivíduos a serem sujeitos da história e de seu processo de saúde cuidado, o que envolve esforços de todos os sujeitos imbricados nesta relação: usuários, profissionais, gestores e instituições. Para Stotz (2004, p. 05), a Educação Popular, especialmente no campo da saúde, *“é parte de um movimento mais amplo, seria mais correto falar que é patrimônio comum de pessoas que participam em redes de movimentos sociais. A Educação Popular e Saúde é um campo de teoria e prática que, enraizada em matrizes diferentes – humanista, cristã e socialista –, encontra seu denominador comum no pensamento de Paulo Freire. Ela se contrapõe ao autoritarismo vigente na cultura sanitária e no modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área da saúde e orientasse por modos alternativos e bastante diferenciados de lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre os saberes e práticas”*. Stotz (2004) chama a atenção para o fato de que a Educação Popular, operacionalizada de forma a levar em consideração as experiências dos educandos e esgotando todas as possibilidades de cuidado disponíveis nos serviços, contribui para a satisfação das necessidades de saúde da população, na medida em que também é objetivo da Educação Popular buscar romper com a segmentação e a focalização da atenção em saúde, no sentido de construir um sistema de saúde sob pilares mais democráticos e menos cerceadores do direito a um cuidado integral, em que os atores sociais envolvidos – profissionais, usuários e instituições – possam vislumbrar práticas mais horizontais e menos verticais. Importante destacar que, influenciadas pelos preceitos da Educação Popular no que tange ao aspecto político do educar como promotor de cidadania e mudança do processo de cuidado, as práticas educativas em saúde passaram, aos poucos, também a ser

desenvolvidas através de uma intervenção não restrita ao comportamento pessoal de cada um, mas sob uma perspectiva de totalidade, atuando sobre os determinantes sociais que também envolvem o processo saúde-doença. Os determinantes sociais da saúde ligam-se às condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população. São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais imbricados nas situações-problema. Segundo Buss & Filho (2007, p. 78), aportados em Krieger (2001), os determinantes sociais da saúde seriam “fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação”. A educação popular em saúde requer um diálogo franco e aberto, em que se possa conhecer a vida e os problemas do outro. Só assim, nesta relação de proximidade, é que o cuidado pode se materializar como processo construído conjuntamente e não individualmente, numa perspectiva tradicional. Logo, a educação popular em saúde *“considera o saber comum das pessoas sobre a experiência de adoecimento e de cura, adquirido através de sua história de vida e de sua cultura, o ponto de partida do processo educativo. É por isso também que os meios frequentemente utilizados pelos educadores populares têm mais a ver com a dinâmica da vida popular: rodas de conversa, diagnósticos participativos, assembleias e manifestações da cultura popular. E também a preocupação em dar um caráter resolutivo às conferências de saúde em cada nível de organização – bairro, distrito, cidade, estado, país – por meio da ampliação da participação popular”* (STOTZ e BORNSTEIN, 2007, p. 45). Partindo desse pressuposto, a aliança entre saber popular e científico permeia elementos como *identidade* (quem são estes usuários, ao que eles aspiram), *consciência* (o que ele sabe sobre seu quadro de saúde, como se vê e enfrenta os problemas decorrentes de tal quadro), *relações sociais* (como interage com seu meio, com os serviços de saúde), *cultura* (entendida como “conhecimento acumulado, sistematizado, interpretativo e explicativo, e não como cultura barbarizada, forma decaída da cultura hegemônica, mera e pobre expressão do particular”) (MARTINS *apud* VALLA, 2000, p. 25), entre outros. Segundo Stotz (2004), o conhecimento científico não é absoluto, pois é limitado devido à complexidade dos problemas de saúde. Como não possui respostas para todas as questões que envolvem o cuidado, necessita do diálogo com quem cuida para traçar em conjunto as possíveis soluções. Este diálogo, e não monólogo, necessita de um elemento presente no enfoque da Educação Popular que diz respeito à problematização, implicando, segundo o autor, *“(...) a identificação de questões de modo inseparável dos meios ou recursos de que tanto os serviços como grupos populares envolvidos dispõem para tentar respondê-las. Na medida em que estão em interação grupos sociais distintos inclusive pela forma de conhecer, uma abordagem comum dos problemas de saúde implica a elaboração de uma base conceitual comum para pensar estes problemas”* (id. 2004, p. 09). No exercício da problematização, a interação dialógica que permita a troca de experiências e saberes é fundamental no processo de enfrentamento dos problemas de saúde, e o “resultado deste processo no âmbito dos serviços e do sistema de saúde será a produtividade social, porque os recursos públicos, orientados de modo a garantir ações de saúde integral, resultarão de fato nas melhores formas de encaminhar os problemas de saúde e de garantir qualidade de vida à população” (id. 2004, p. 09). No desenvolvimento das práticas educativas em saúde, não se trata de adotar um único enfoque como absoluto - se tradicional ou emancipatório - pois cada um deles captura elementos uns dos

outros. O importante nas práticas educativas é que elas sejam desenvolvidas à luz das necessidades de saúde apresentadas pela população demandante dos serviços e que os profissionais estejam capacitados para realizar o exercício da fala e da escuta qualificados. Como aponta Vasconcelos (apud STOTZ, 2004, p. 09), “(...) *Modos de sentir, pensar e agir interagem permanentemente com outros modos diferentes de sentir, pensar e agir. Na formação de pessoas mais sabidas, devem ser criadas oportunidades de intercâmbio de culturas. E as pessoas mudarão quando desejarem mudar e quando tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por um outro jeito de viver. (...)*”. Na prática educativa em saúde em que se queira contribuir para a promoção da saúde – logo, uma prática educativa pautada no educar para o cuidado integral – , quem educa, ou facilita o processo, deve colocar o indivíduo como sujeito na ação, assim como o próprio indivíduo deve sentir-se nesta condição. É justamente o chamado à participação dos indivíduos no processo de cuidado que diferencia a prática educativa ampla da restritiva, uma vez que a última, voltada apenas para o prescritivo, coloca o indivíduo na condição de portador da doença “X” – a aids, por exemplo – e que, ao saber de seu diagnóstico, deve seguir a prescrição profissional que dita as providências a serem tomadas. O cuidado integral sustentado por uma prática educativa materializa-se através da “interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (AYRES, 2004, p. 74). Cuidar não seria apenas projetar a responsabilidade no outro, mas cuidar em conjunto com o outro, responsabilizando-se mutuamente, redundando em um cuidar “como modo de interação nas e pelas práticas de saúde” (id. 2004, p. 81). Pensar o cuidado como construção coletiva nas práticas educativas, ou seja, que demanda o envolvimento de outros atores e saberes que não apenas a área biomédica, torna-se uma tarefa árdua, pois, como aponta Ayres (2004, p. 81), por mais que a medicina tenha se tornado “medicina social”, ampliando sua esfera de intervenção ao “campo das relações sociais”, tal processo não “afetou radicalmente o caráter individual do cuidado de si, especialmente quando se trata das ações de assistência médica” (id.), pois ainda é “sobre o corpo dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas, disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva” (id.). Como exemplo dessas tecnologias, ainda são presentes as ligadas à questão de higiene e comportamentos de risco. A prática educativa em saúde, visando à capacitação dos sujeitos e grupos para o enfrentamento de seus problemas, instrui o indivíduo, de forma conjunta, a compreender sua situação a partir de sua condição de vida, tendo um pouco mais de segurança para fazer escolhas a partir de sua vivência, valores, trocas de experiência, e não simplesmente seguir o destino escolhido por outrem. Entretanto, só é possível pensar uma prática educativa ampla, a que neste trabalho será considerada como integral, se a mesma advier das necessidades de saúde apresentadas por indivíduos e grupos e não aquela imposta por manuais e prescrições, dosadas pelo juízo de valor de seus adotantes (educadores/profissionais de saúde). A prática educativa, sob os pilares da participação, da cidadania, da dialogicidade, do acesso e do controle social, pode ser percebida como estratégia que privilegia um modelo de prática já visualizado nos anos 50 e, com a Educação Popular, voltou a ganhar força nas décadas seguintes: o de *solução-do-problema*. Na literatura que trata do assunto, destacam-se os estudos de

Perlman (1976) ao evidenciar que o modelo “solução-do-problema” requer processo de aprendizagem, ou seja, aprender a lidar com as situações que aparecem no cotidiano. Isso porque, sendo a vida humana um processo de solução de problemas, os indivíduos em suas relações com o outro, com as circunstâncias, serviços e instituições, agem no sentido de resolver questões, buscando a qualidade de vida. Os elementos utilizados para a solução dos entraves cotidianos, que podem estar inscritos na saúde, na educação, no trabalho, na família, entre outros, são a percepção, apreensão, compreensão, julgamento, seleção dos fatos que ocorrem e incidem na vida das pessoas. Para lidar com as situações-problema, faz-se necessária a busca de soluções conjuntas construídas na mediação dos profissionais com os usuários. Isso significa que os indivíduos não têm que resolver os problemas sozinhos, pois, muitos deles rebatem no âmbito coletivo e não somente no individual. Um exemplo clássico de que as soluções também devem ser coletivas é a escassez de consultas no posto de saúde: individualmente, a solução para esta escassez seria pagar uma consulta na rede particular; a solução coletiva seria discutir no Conselho a demanda reprimida, acionando os órgãos competentes para exercício desse direito. No processo de resolução de situações-problema, encontram-se estreitamente relacionados, além dos indivíduos, os profissionais, os serviços e todo arcabouço técnico-operacional disponível. Segundo Perlman (1976:34), na solução de problemas estão os “4 Ps”: *“Uma pessoa assediada por um problema procura solução em um local [place] (obra social ou outra instituição social) e lhe é oferecida ajuda por um profissional, cujo processo o profissional simultaneamente engaja e intensifica suas (...) capacidades de solucionar os problemas e/ou intensificar (...) recursos para consegui-lo”*. Dito de outra forma: o usuário tem um problema de saúde ou necessidade de saúde, recorre a um serviço de saúde e busca um processo de trabalho acolhedor e interativo, voltado para discutir e orientar decisões a serem tomadas pelo usuário. O usuário, neste processo, aprende a solucionar seu problema de saúde e, gradativamente, se qualifica para novas decisões, assegura a formação da cidadania e fortalece a compreensão de seus direitos, entre eles o direito de receber toda informação sobre seu estado de saúde. Culturalmente, quando o problema aparece, os indivíduos procuram as instituições e profissionais para resolvê-los. Muitas vezes, esperam respostas imediatas o que não ocorre na maioria dos casos. Nos processos educativos, as respostas não devem ser dadas apenas por uma parte – os profissionais – ainda que seja necessária sua intervenção. A prestação do serviço com qualidade é importante (uma boa anamnese, a escuta atenta às demandas, buscando alcançar as necessidades dos indivíduos), mas o sucesso da intervenção depende da compreensão que os usuários irão ter de sua condição de saúde e isso só é possível através de um processo reflexivo, dialógico, na responsabilidade compartilhada por ambos. Assim, na solução de problemas, Perlman (1976) explicita que, através de processos educativos, o que se objetiva é fortalecer e motivar o usuário; exercitar suas capacidades de pensar e agir (uma vez que o indivíduo tem um saber que deve ser considerado); divulgar e tornar acessíveis os direitos – pois a inserção em uma política pública pode resolver um problema de ordem material, por exemplo. Os “4 Ps” adotados por Perlman (1976) estão em constante interação. Num quadro de saúde, por exemplo, o usuário procura o serviço de saúde, fala sobre o que lhe aflige e recebe explicações e orientações. Receber informação qualificada sobre o seu estado de

saúde é primordial para que o problema seja resolvido ou, ao menos controlado. Bem informar o usuário, esclarecendo suas dúvidas e acolhendo suas angústias revela o caráter responsivo do serviço em relação à população. A responsabilização desencadeia outros processos como o de acolhimento e vínculo, ampliando a reflexão de todos os atores sociais envolvidos no cuidado em saúde, proporcionando ou despertando capacidades para solução das questões apresentadas, rompendo a aparência, buscando a essência dos fatos. Ao se pensar os elementos de uma prática educativa ampla, integral, cunhados a partir dos anos 1970, pode-se perceber alguns aspectos que remetem aos passos elencados por Perlman (1976) para se chegar à solução dos problemas. Primeiramente, deve-se identificar o problema, a questão que aflige o usuário – se o vírus da aids, se o problema com o filho, o desemprego, entre outros –. A partir daí, compreender como o usuário se sente frente a tal questão – como lida, o que representa o fato para si e sua rede de relações. Depois, perceber o que pode ser feito, que tecnologias poderão ser empregadas, que outros setores e serviços poderão ser acionados, as vias de acesso, o potencial de solução, etc. Estes passos não devem ser compreendidos como estáticos, lineares, mas em constante movimento, dependentes de uma relação dialógica materializada pelo exercício da fala e da escuta. Em processos educativos cujo objetivo é fomentar espaços de discussão e reflexão para solução de problemas, a tônica é despertar para a visão do usuário não como “portador de problema ou vítima” (PERLMAN, 1976, p. 45), mas como indivíduo portador de direitos, capaz de refletir sobre suas condições de vida e saúde, tomando decisões e fazendo escolhas importantes para si e para seu meio, não porque alguém mandou que o fizesse, mas porque compreendeu o processo. Em seu ensaio, Perlman não aprofundou as discussões da prática educativa – onde quer que ela se dê – pautada em necessidades. Entretanto, seu modelo de solução-do-problema remete a pensar que esta “solução” dar-se-á de fato se houver observância às necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos. Assim, como Perlman nos anos 50 ensaiava uma postura diferenciada no trato do usuário – o que pode inferir certa proximidade com o pensamento de Freire e das práticas educativas mais amplas/integrais –, Heller, na década de 70, trazia sua contribuição quanto à discussão das necessidades. No ensaio de Heller “*Teoría de las necesidades em Marx*” (1986, 2ª edição), as necessidades não têm só uma conotação econômica, como se os indivíduos tivessem apenas necessidades materiais, imediatas. Para Heller, as necessidades pensadas apenas sob o prisma material desencadeiam um processo de superficialidade às práticas, na medida em que cuidam da aparência e não se chega à essência dos fatos. Para a autora, o processo de alienação dos sujeitos começa pelo imediatismo oculto por trás das demandas que, resolvidas rapidamente, obstaculizam os indivíduos a pensarem questões mais profundas, a refletirem sobre o que realmente precisam, desejam, e a discutirem coletivamente estratégias de luta pela garantia das reais necessidades. Por outro lado, Heller (1986) nos adverte que o processo de percepção dessas necessidades não é algo fácil; na medida em que o primeiro elemento que aparece geralmente é a demanda a ser resolvida. Entretanto, em um exercício de escuta qualificada, pode-se, a partir da demanda (aparência), descobrir uma necessidade (essência), que é maior e mais complexa. Assim, para Heller (1986), as verdadeiras necessidades são aquelas ligadas à emancipação humana desen-

cadeada pela reflexão global e não aparente das situações. De acordo com o pensamento de Heller, o fortalecimento dos indivíduos pode ocorrer a partir da reflexão de suas condições de vida, redundando em seu fortalecimento como sujeitos portadores de direitos. Isso significa que, trazendo esta discussão para o campo da saúde, os indivíduos teriam a possibilidade de lutar pela ampliação do acesso e qualidade dos serviços, já que suas necessidades de saúde não se limitam às corriqueiras demandas apresentadas. Na discussão das necessidades em saúde, Stotz as define como “(...) necessidades de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas” (id., 1993, p. 21). Necessidades estas que não devem ser arbitradas pelo educador, mas captadas da realidade em que vive a população. Na saúde, as necessidades se ligam ao “conceito que se tem de saúde” e “falar em necessidades de saúde significa admitir a saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado” e, mais ainda, “necessidades são individualmente sentidas; são biológica e socialmente determinadas; sua atenção, satisfeita socialmente, é o sinal de seu reconhecimento” (STOTZ, 2004, p. 01; 03). Na adoção das necessidades de saúde apresentadas pela população para o desencadeamento de práticas educativas mais amplas, Cecílio (2001), ancorado no pensamento de Stotz (1991), aponta que tais necessidades possuem potencial para ajudar os profissionais e serviços de saúde a desenvolverem uma escuta qualificada “das pessoas que buscam ‘cuidados de saúde’, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas” (CECÍLIO, 2001, p. 113-114). Segundo Cecílio (2001) – a partir das indicações de Stotz (1991) –, as necessidades de saúde “são social e historicamente determinadas/construídas (...)” (id. 2001, p. 114). Partindo desse pressuposto, o autor evidencia que as necessidades de saúde, assim constituídas, podem ser trabalhadas em quatro conjuntos: *Boas Condições de Vida; Acesso; Criação de Vínculos; Autonomia*. O primeiro conjunto que compreende as necessidades de saúde “*Boas Condições de Vida*” evidencia que o modo como se vive, o grau de acesso aos mínimos sociais como condições de trabalho, moradia, renda, saneamento básico, escolaridade, lazer, entre outros, implica necessidades de saúde diferenciadas, já que quanto mais alijado dos direitos sociais, mais vulnerável se torna o indivíduo (CECÍLIO, 2001). Acoplada às condições de vida que interferem na condição de saúde se situa a questão do “*Acesso*”, uma vez que o sujeito possui a necessidade de acessar os serviços e ter ao seu alcance as tecnologias de saúde capazes de proporcionar melhoria à sua vida. Pertinente à esta questão, Cecílio (2001), recuperando o pensamento de Merhy (1997) a respeito das tecnologias leves, leve-duras e duras, aponta que cada tecnologia – não importando se mais ou menos complexa – será aplicada “a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive” (id, 2001, p. 115). Conclusão: Na prática educativa pautada em necessidades, que determinarão o tipo de tecnologia a ser adotada, a construção de “*Vínculos*” entre profissionais e usuários – vínculo entendido como aponta Cecílio (2001, p. 115) “enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do ‘sistema’ de saúde para o usuário. (...) o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” – torna-se importante estratégia de aproximação com os indivíduos na apreensão de necessidades, na medida em que facilita o processo de horizontalização das relações de cuidado, impulsionando o debate sobre as situações-problema, contribuindo para o fomento à auto-

nomia dos sujeitos. Em se tratando de “*Autonomia*”, quarto conjunto de necessidades, Cecílio (2001, p. 115) aponta que a mesma “(...) implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades de forma mais ampla”. Desenvolver práticas educativas em saúde pautadas nestes quatro conjuntos de necessidades não se configura tarefa das mais fáceis; isso porque os profissionais e serviços estão acostumados a trabalhar com demandas que são apenas a primeira evidência de uma necessidade que, com certeza, é maior e mais complexa. Decodificar as necessidades camufladas em demandas exige um esforço de aproximação dos serviços/profissionais com os usuários, no sentido de um compromisso e preocupação “(...) de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas (...) [pelo indivíduo] que busca o serviço” (id. 2001, p. 116). No campo das práticas educativas mais amplas, o conceito de educar em saúde proposto passou a privilegiar o agir político, objetivando a capacitação dos indivíduos para busca e conquista de direitos. Sob este prisma, a saúde, produto histórico e social, não teria sua intervenção voltada para o desenho do comportamento individual; as práticas educativas teriam como horizonte o esforço para compreender e lidar com fatores que desencadeiam o adoecimento da população, numa perspectiva de qualificação dos serviços de saúde para enfrentamento da realidade. Referências: AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. In: **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004. BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. CASTRO, E. A. B. **Educação e Promoção da Saúde: iniciando uma discussão**. Nates/Hospital Universitário. UFJF, 2004. CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de Mattos (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001. HELLER, A. **Teoría de lãs necesidades em Marx**. Ediciones Península, Barcelona, 1978. Segunda Edición, 1986. LEVY, Sylvain Nahum, et al. **Educação em Saúde, Histórico, conceitos e propostas**. In: **Conferência Nacional de Saúde On-Line**. Ministério as saúde, Diretoria de Programas de Educação em Saúde, 2004. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>. MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. In: **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v.4, n.6, p.109-16, 2000. MALFITANO, ANA PAULA SERRATA; LOPES, ROSELI ESQUERDO. Educação Popular, Ações em Saúde, Demandas e Intervenções Sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. In: **Caderno Cedes**, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 361-372, set./dez. 2009 . Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. OLIVEIRA, E. C. **Prefácio pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 6 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997 PRADO, E. V.; SANTOS, A. L.; CUBAS, M. R. **Educação em Saúde: utilizando rádio como estratégia**. Da teoria e vivência cotidiana. Uma experiência em construção permanente. Mimeo, 2007. PERLMAN, H. H. Serviço Social de Caso:

o modelo Solução-do-problema. In: **Cadernos CBCISS**, nº 109, 1976. VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. In: **Revista Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, no. 8, Fev. 2001. STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BOLDSNTEIN, Vera Joana. Educação Popular em Saúde. In: Martins, Carla Macedo (Org.) **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V. V. e Stotz, E. N. (org). **Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, 11-22. STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: ROCHA, C. M. F. et al. (Orgs.) **VER-SUS**. Brasil, 1: 284-299, 2004. VALLA, V. V. Procurando compreender a fala das classes populares. In: _____ (org) **Saúde e Educação**. Coleção O Sentido da Escola. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. In: **Revista Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, no. 8, Fev. 2001.

Tecendo a saúde com a natureza: saber popular e hortas terapêuticas na vila esperança

Jacqueline Oliveira Silva

Roger Pereira

Pedro Capra

Eliseu Bozzetto

Diogo F. Dubiela

Matimabi M. Rodrigues

Roger dos S. Rosa

Jhonatan E. Rizzi

Paulo R. Dall Cortivo

O trabalho pretende investigar o conhecimento popular e os usos terapêutico, cultural e alimentar de plantas no cuidado à saúde na Vila Esperança – Bairro Belém Velho, Porto Alegre/Rio Grande do Sul - que possui cerca de 300 famílias e apresenta características de transição rural-urbana. Através de indicações locais a equipe do Programa de Educação Tutorial - Conexões de Saberes - Controle e Participação Social em Saúde - UFRGS encontrou mulheres que são depositárias destes saberes. Dominam o seu uso e identificação no local referenciadas por si mesmas e pelas lideranças locais como “erveiras”. Estas mulheres representam três gerações distintas desta tradição na mesma família, aproximando simbolicamente aos mitos das parcas, das nornes, das fiandeiras e de hecate. O trabalho divide-se em três momentos: no primeiro momento dá-se a formação de um grupo focal com as “erveiras”, no qual elas acessam através da memória os saberes acerca dos usos das plantas e os compartilham com a equipe através de narrativa oral. No grupo elas narram não só os usos, mas também a história relacionada às plantas e as suas próprias histórias de vida. A estas narrativas acrescentam-se fotodocumentação e caminhadas de catalogação das plantas existentes no local. Já no segundo momento, realizou-se um survey com os moradores do local sobre o uso regular de plantas com fins terapêuticos, as mais usadas, frequência de uso e as prescrições. Por fim, no terceiro momento, baseando-se no princípio dos 5R's (Repensar, Reduzir, Reutilizar, Reciclar, Recusar), desenvolveu-se com o uso de materiais recicláveis de fácil acesso (garrafas pet) oficinas de canteiros verticais domiciliares, que em um pequeno espaço permitiu o cultivo de algumas plantas de uso terapêutico. Esta última atividade propiciou a existência de hortas terapêuticas próprias às famílias. O trabalho adquire relevância no âmbito do SUS, pois inclui-se no campo das práticas complementares em saúde.

O trabalho foi realizado pela equipe do Programa de Educação Tutorial - Conexões de Saberes - Controle e Participação Social em Saúde - UFRGS. Tendo como eixos para a ação as relações entre educação popular, saúde e ambiente, investigou o conhecimento popular e os usos terapêutico, cultural e alimentar de plantas no cuidado à saúde na Vila Esperança - Bairro Belém Velho, características transição rural-urbana em Porto Alegre/Rio Grande do Sul, que possui cerca de 300 famílias, vindas de ocupações de risco em áreas verdes. Esta Vila encontra-se localizada em região limítrofe a uma APP (Área de Preservação Permanente), que periodicamente sofre novas ocupações irregulares, gerando novos conflitos e alterando as condições epidemiológicas, ambientais e sanitárias do local. O resgate dos saberes populares que articulassem a natureza e o cuidado orientou o desenvolvimento de ações locais. Dentre elas, a apresentada neste texto com foco nas plantas medicinais. Foram identificadas 3 mulheres que são depositárias destes saberes. Dominam o seu uso e identificação no local referenciadas por si mesmas e pelas lideranças locais como “erveiras”. Estas mulheres representam três gerações distintas desta tradição na mesma família, aproximando-as simbolicamente aos mitos das Parcas, das Nornes e das Moiras. As Parcas na mitologia romana determinavam o curso da vida humana, decidindo questões como vida e morte. Nona tecia o fio da vida, Décima cuidava de sua extensão e caminho, Morta cortava o fio. As Nornes na mitologia nórdica, também conhecidas como senhoras do destino, são as três irmãs que tecem o destino dos homens em seus teares. Guardam a árvore do mundo, que sustenta a Terra, fazendo que suas folhas permanecessem verdes. São representadas pela virgem, que vive encapuçada e possui os segredos do futuro; a mãe, que olha sempre para o presente e a anciã, que olha para o passado. As Moiras na mitologia grega eram as três irmãs que determinavam o destino, fazendo uso da Roda da Fortuna, tear utilizado para se tecer os fios. A natureza e o uso de plantas nestas tradições se dá de forma diferenciada. O trabalho divide-se em três momentos: no primeiro momento dá-se a formação de um grupo focal com as “erveiras”, no qual elas acessam através da memória os saberes acerca das plantas e seus usos. No grupo elas narram não só os usos, mas também a história relacionada às plantas e às suas próprias histórias de vida, permitindo identificar as origens da tradição por elas mantida. A estas narrativas acrescentam-se fotodocumentação e caminhadas de catalogação das plantas existentes no local. O grupo focal é uma técnica de pesquisa de baixo custo, rápida e que fornece dados qualitativos sobre o assunto pesquisado. A formação e condução de um grupo focal se dá em diversas etapas, dentre as quais estão a seleção da equipe que fará a entrevista, a seleção dos participantes, a duração do evento e seu local de realização, a elaboração do texto de discussão, condução da entrevista, registro da discussão e análise dos resultados. Consiste em um grupo de pessoas com características em comum que são convidadas a participar de uma entrevista sobre um tópico específico sugerido pelo pesquisador. As sessões duram cerca de uma a duas horas com discussões de caráter informal e que se desenvolvem em torno do assunto levantado pelo moderador que utiliza um roteiro de discussão. O objetivo concentra-se em captar informações e não fornecê-las. O grupo focal, por sua característica interativa e aberta, permite não apenas saber aquilo que se pergunta, mas também capta as reações dos participantes e permite o surgimento de novas perspectivas, sugestões e informa-

ções que enriquecem e complementam a pesquisa e dão profundidade ao projeto. No segundo momento, realizou-se um levantamento de dados (survey) com os moradores do local sobre o uso de plantas com fins terapêuticos. Survey é um tipo de pesquisa baseada em levantamento quantitativo, com formulação de perguntas a fim de obter determinadas informações por amostragem. Neste survey buscamos identificar quem faz uso das ervas, para quê, de que forma e quais as plantas utilizadas. Por fim, no terceiro momento, baseando-se no princípio dos 5R's - Repensar, Reduzir, Reutilizar, Reciclar, Recusar são ações simples que buscam a modificação de hábitos de consumo e alimentação, motivando as pessoas a fazer escolhas que protejam a vida e o ambiente, de forma consciente e saudável - desenvolveu-se com o uso de materiais recicláveis de fácil acesso (garrafas pet) oficinas de canteiros verticais domiciliares, que em um pequeno espaço permitiu o cultivo de algumas plantas de uso terapêutico. Esta última atividade propiciou a existência de hortas terapêuticas próprias as famílias. O trabalho adquire relevância no âmbito do SUS, pois inclui-se na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, Portaria MS nº 971, de 03/05/2006 que visa atuar na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, com a oferta de serviços que incluem plantas medicinais, fitoterapia e medicina antroposófica, dentre outros promovendo sua institucionalização no SUS, com ênfase na Atenção Básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. O modelo da PNPIC defende sua utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas. Contempla diretrizes extrapolam o setor Saúde englobando cadeia produtiva de plantas medicinais e produtos fitoterápicos, em parceria com a sociedade, promovendo o uso sustentável da biodiversidade. O PNPIC estimula o acesso e a disponibilidade a plantas medicinais no SUS. O trabalho na Vila Esperança, no Belém Velho, demonstrou que as plantas terapêuticas tem uso diferenciados transitando da magia ao uso medicinal. O grupo focal identificou que o conhecimento das erveiras é oriundo de tradições antigas vinculadas às suas origens étnicas e geográficas, transmitido oralmente. Estes conhecimentos foram sendo ao longo do tempo ressignificados através de informações difusas obtidas através das mídias e no uso de serviço de saúde. Identificou-se ainda que as diferenciações entre os usos propostos pelas erveiras e aqueles localizados na bibliografia de referência para o tema. As caminhadas para catalogação indicaram uma grande profusão de plantas com funções terapêuticas, assim como outras identificadas como PANCS (Plantas Alimentares Não Convencionais), potencializadas pela proximidade da Vila Esperança, há uma vasta área de preservação ambiental. A posição de cada uma das mulheres na narrativa reafirma alguns aspectos das tríades mitológicas. Em relação ao survey, identificou-se forte presença do uso terapêutico de plantas na forma de banhos, infusões, chás e unguentos. Todas as faixas etárias fazem utilização de plantas. A prescrição do uso de plantas é difusa, incluindo as mídias, as religiões e os serviços de saúde. Em relação à disseminação de hortas medicinais verticais e ecológicas, houve boa participação da população nas oficinas e relativa dificuldade na manutenção de forma assídua, requerendo da equipe a busca de outras estratégias para a disseminação do acesso às plantas terapêuticas.

Experiência em Educação Popular: relato de vivências de extensionistas durante o acompanhamento de idosos na terminalidade da vida

Emille Bruna Santos de Sousa

Gildecil Alves de Lira

Jessica Patrícia de Almeida Pontes

Luana Lima Guimarães

Patrícia Serpa de Souza Batista.

O projeto de Educação Popular e Atenção a Saúde da Família (PEPASF), é um projeto multidisciplinar da UFPB, onde os estudantes são divididos em duplas de diferentes cursos, e realizam visitas domiciliares na comunidade Maria de Nazaré, situada em João Pessoa (PB). Este estudo tem por objetivo expor a experiência adquirida durante o acompanhamento de um casal de idosos durante a terminalidade da vida, na perspectiva da educação popular. Trata-se do acompanhamento de uma senhora portadora de obstrução vascular, que precisou submeter-se a amputação de um dos membros inferiores e posteriormente do outro, não conseguindo resistir ao segundo ato cirúrgico, falecendo logo em seguida e do acompanhamento de seu companheiro que, ao ver sua esposa passar por tantos problemas de saúde e a falecer, passou a desenvolver sérios problemas pulmonares, chegando há morrer poucos dias após a morte de sua esposa. Durante todo esse processo, utilizamos em nossas ações de cuidado a metodologia do diálogo e da problematização coletiva da realidade, compartilhando com professores e outros estudantes, a situação complexa que vivenciávamos, a fim de construir coletivamente ações de cuidado, com vistas a diminuir o sofrimento desses idosos e tornar o processo que antecedeu suas mortes, humanizado. Cabe ressaltar que construímos um forte vínculo com esse casal de idosos e sua família, vivenciando momentos únicos de amor e carinho recíprocos. Como estudantes da área da saúde, procuramos mostrar aos idosos o quanto eram queridos, aplicando cuidados além de técnicas, como a escuta, a palavra amiga, o toque, o qual utilizamos não apenas com o casal de idosos, mas também com a família, ajudando-a a enfrentar esta fase difícil. Nesse processo de visitas domiciliares, vivenciamos grandes aprendizados que ficaram marcados para sempre em nossas vidas, nos tornando tanto pessoas como profissionais verdadeiramente humanizadas. Acompanhamos de perto a luta pela vida, a busca por uma recuperação sem resultados, que ocasionou a perda desses entes tão queridos para esse lar. Aprendemos com eles que não podemos fazer nada sozinhos, vimos que fazemos parte de um sistema em que os oprimidos são pouco vistos; pudemos participar da busca por essa recuperação, na procura por profissionais que pudessem ajudá-los, e vimos o quanto isso é difícil; aprendemos que devemos sempre fazer a nossa parte, não importa quais sejam as dificuldades. É dessa forma que a extensão vem contribuindo na nossa formação acadêmica,

fazendo com que tenhamos constantemente uma reflexão da nossa prática tornando-nos profissionais diferenciados, mais humanizados e comprometidos socialmente com o próximo.

INTRODUÇÃO: O Projeto Educação Popular e Atenção a Saúde da Família (PEPASF), atua desde 1997 na comunidade Maria de Nazaré, localizada no bairro dos Funcionários III, em João Pessoa-PB. Este faz parte de um programa de extensão universitária, funcionando de forma articulada com outros projetos como: o Projeto Educação Popular em Atenção à Saúde do Trabalhador (PEPAST), o Fisioterapia na Comunidade e o Para Além da Psicologia Clínica, proporcionando uma atenção interdisciplinar à saúde das famílias dentro da metodologia da educação popular. O PEPASF desenvolve ações, tais como: visitas domiciliares, reuniões organizativas e teóricas, apoio a ações desenvolvidas pela Associação Comunitária, auxiliando os moradores na participação de espaços para uma construção coletiva. O PEPASF foi desenvolvido na perspectiva da educação popular proposta por Paulo Freire, baseando-se no exercício do diálogo problematizador e no respeito pelo saber popular em suas práticas cotidianas, dessa forma possibilitando o compartilhar de conhecimentos. Deste modo, a educação popular é considerada como ferramenta de construção para uma condição concreta de vida, reconhecendo a população enquanto sujeitos portadores de saberes no processo saúde-doença-cuidado. Desenvolvemos este trabalho direcionado a um casal de idosos na terminalidade da vida, através de experiências vivenciadas durante as visitas domiciliares que ocorrem semanalmente na comunidade, utilizando em suas ações de cuidado a prática dialógica, estimulando o auto-cuidado e a autonomia, a fim de tornar o processo que antecedeu suas mortes, mais humanizado. Todos os recursos utilizados tiveram como instrumento a educação popular, a qual promove a valorização do saber popular, da autonomia, da transformação da realidade e de si mesmo. Consideramos a prática do cuidar não apenas como uma intervenção no âmbito biológico, mas uma relação de ajuda, que implica no respeito, na compreensão e na valorização da subjetividade, considerando o toque, a escuta, de uma forma mais ativa. A partir das atividades realizadas no PEPASF, e das vivências trocadas com as famílias, estudantes e professores, nos permite um intercâmbio de conhecimentos e experiências, assim como a construção de um vínculo. De modo que vem a contribuir para uma formação mais humanizada e socialmente comprometida dos estudantes, nos dando a possibilidade de se fazer saúde de forma horizontalizada, trazendo uma percepção crítica do estudante frente à realidade.

OBJETIVO: Expor a experiência adquirida na extensão popular durante o acompanhamento a um casal de idosos na terminalidade da vida, realizado na Comunidade Maria de Nazaré, na perspectiva da educação popular.

METODOLOGIA: Trata-se da sistematização de experiência, a qual buscamos relatar a nossa vivência, como estudantes e professor atuantes no PEPASF, acerca do acompanhamento realizado a um casal de idosos durante a terminalidade da vida. Esse acompanhamento aconteceu durante o ano de 2011 e 2012, envolvendo os meses de setembro/2011 e fevereiro/2012, o qual ocorreu à morte dos idosos. Nesse contexto, iniciaremos descrevendo brevemente o caso dos idosos, seguidos do relato da assistência em saúde que realizamos, discutindo a experiência vivenciada.

DISCUSSÃO: Este estudo esta

pautado na experiência adquirida no acompanhamento semanal de uma senhora portadora de obstrução vascular, que precisou submeter-se a amputação de um dos membros inferiores e posteriormente do outro, não conseguindo resistir ao segundo ato cirúrgico, falecendo logo em seguida. E no acompanhamento de seu companheiro que, ao ver sua esposa passar por tantos problemas de saúde e falecer, passou a desenvolver sérios problemas pulmonares, chegando há morrer poucos dias após a morte de sua esposa. Inicialmente realizamos as visitas à família utilizando o diálogo informal, dando grande atenção às necessidades dos idosos ao longo de cada visita. E a partir daí, problematizávamos juntamente com o grupo de estudantes e professores as nossas vivências, a fim de encontrarmos uma solução em conjunto a respeito os problemas encontrados. Assim como realizamos a busca por profissionais da saúde, que pudesse esta acompanhando os idosos, disponibilizando ações para solução desses problemas. É importante acrescentar que os filhos e netos desse casal de idosos dedicavam-se integralmente a eles, buscando respeitar suas vontades para que esse processo que antecedeu suas mortes acontecesse de forma mais humanizada. A família foi a peça chave no enfrentamento do casal nas diversas fases desse processo, oferecendo a eles carinho, amor e atenção. Isso nos tranquilizava, pois sabíamos que este casal estava sendo bem cuidado por sua família, que acompanhavam com muita dedicação todo o processo que antecedeu a morte desses idosos. Conforme Altoff (1999), a família é algo muito importante para a maioria das pessoas. Este ponto de vista parece estar ligado às diversas funções que a família exerce, como por exemplo, o cuidado da saúde de seus membros. Construímos um forte vínculo com esse casal de idosos e sua família, vivenciando momentos únicos de amor e carinho recíprocos. Como estudantes da área da saúde, procuramos mostrar aos idosos o quanto eram queridos, aplicando cuidados além de técnicas, como a escuta, a palavra amiga, o toque, o qual utilizamos não apenas a eles, mas também sua família, ajudando-a a enfrentar esta fase difícil. Como refere Araújo (2006), na terminalidade da vida, é essencial o diálogo, a escuta, o controle da dor e dos sintomas, a realização de um cuidado humanizado, que envolva não apenas o nível biológico, mas que abranja também a dimensão emocional, social e espiritual. As visitas a este casal ficaram marcadas por sentimentos únicos, com um acompanhamento que vai além das práticas que aprendemos na academia. Vimos de perto todo o processo de morte com um olhar mais humano, processo esse que exige de nós estudantes da extensão popular, um preparo e a sensibilidade para os fatores humanos da relação de cuidado, assim como, o domínio sobre os próprios sentimentos relativos à terminalidade. Nesse processo de visitas domiciliares, vivenciamos grandes aprendizados que ficarão determinados para sempre em nossas vidas, nos tornando tanto pessoas como profissionais verdadeiramente humanizadas. Usamos de uma atenção especial que constitui num campo interdisciplinar de cuidados ativos, que consiste no respeito, no diálogo, no toque e na valorização do saber popular, no qual nós estudantes percebemos durante essas vivências, a grande diferença entre a pedagogia passada em sala de aula, que visa à transferência de conhecimento, e a pedagogia desenvolvida na perspectiva da educação popular que visa à construção de conhecimento, sugerindo uma relação de troca de saberes entre o popular e o científico, em que se completam de forma mútua. De acordo com Vasconcelos (2011),

o aprendizado proporcionado por uma experiência vivencial forte, é imprescindível e mais significativo que discussões apenas teóricas sobre o assunto. O estudante percebe a força terapêutica do cuidado emocionado, sente que o projeto é um lugar que legitima a presença da emotividade, da intuição, nas ações em saúde, o qual ainda não é valorizado adequadamente pelo ensino universitário em saúde em geral. É dessa forma que a extensão contribui na nossa formação acadêmica, fazendo com que tenhamos constantemente uma reflexão da nossa prática tornando-nos futuros profissionais diferenciados, mais humanizados e comprometidos socialmente com o próximo, nos possibilitando praticar saúde numa perspectiva interdisciplinar e horizontalizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Acompanhamos de perto a luta pela vida, a busca por uma recuperação sem resultados, que ocasionou a perda desses entes tão queridos para esse lar. Aprendemos com eles que não podemos fazer nada sozinhos, vimos que fazemos parte de um sistema em que os oprimidos são pouco vistos; pudemos participar da busca por essa recuperação, na procura por profissionais que pudessem ajudá-los, e vimos o quanto isso é difícil; aprendemos que devemos sempre fazer nossa parte, não importa quais sejam as dificuldades. As vivências junto às famílias e à comunidade nos possibilita uma visão diferenciada, proporcionada através da criação de uma relação de afeto constituída através do exercício do diálogo. A atuação no espaço de argumento da Educação Popular também aprova e incentiva o desenvolvimento de nosso protagonismo, favorecendo o reconhecimento dos indivíduos como portador de um saber próprio, e desta maneira, contribuindo, para a troca de conhecimentos e experiências. A extensão popular vem contribuindo para a formação de profissionais mais humanizados, críticos, participativos e verdadeiramente comprometidos as questões políticas e sociais, possibilitando que tornemos profissionais conscientes da realidade da população, e que tenhamos constantemente uma reflexão das nossas práticas. Além de demonstrar a importância do eixo extensão, seguindo um tripé indissociável (ensino- pesquisa- extensão), como orientação na nossa formação.

REFERÊNCIAS: ARAÚJO, M. M. T. **Quando “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”**: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. 2006.141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. ALTHOFF, Rinaldi. Pesquisando a família: a experiência da Enfermagem na UFSC. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.1, n.1/2, p.49-56, jan./dez. 1999. VASCONCELOS, E. M. Educação popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S.C. (Org.). **Educação popular na formação universitária**: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 363-398.

Relato de experiência na Vila Mimosa

João Roberto Cavalcante Sampaio

Arthur Pate

Fernanda Lourenço

Monique Felix

Renan Duarte

Taís Suane

Caracterização do problema: A Vila Mimosa, que também é conhecida como “cidade das meninas”, localizada na região central do Rio de Janeiro, é a maior zona de prostituição heterossexual do mundo, e por isso movimenta um público misto, tanto de residentes da cidade, quanto de estrangeiros. Sendo assim, tornou-se um ponto de turismo sexual atraindo muitas mulheres para prática profissional neste ponto de prostituição. O exercício da prostituição coloca essa profissional em estado de vulnerabilidade em virtude da sua jornada de trabalho que a torna suscetível à doenças, o que implica em riscos a saúde. Descrição da experiência: A experiência de observação da Vila Mimosa aqui descrita ocorreu nos dias 02/04 a 09/04 de 2012 e contou com a participação de 6 estudantes da graduação em Saúde Coletiva da UFRJ. Neste período, vivenciamos a realidade do local, o fluxo e a demanda por serviços, os métodos de prevenção de doenças transmissíveis e o uso de drogas e álcool. Além disso, observamos o ambiente e as condições de trabalho das profissionais do sexo. Após essa imersão diária o grupo se reunia para discutir entre si o que foi vivenciado, realizando a análise crítica do processo. Efeitos alcançados: Essa experiência proporcionou uma nova visão sobre a realidade da saúde das profissionais do sexo, principalmente no que se refere às práticas de educação em saúde que são utilizadas na Vila Mimosa. Outras opiniões são referentes à falta de informação, que podem trazer riscos à saúde e a questão da observação da insalubridade do local, onde é evidente que se precisa de profissionais de saúde discutindo e debatendo melhorias de saúde e qualidade de vida para as profissionais e para quem utiliza os serviços. Recomendações: É necessário fazer uma conscientização sobre a importância da educação em saúde, pois esta é uma estratégia mais eficiente na prevenção de doenças, incentivando o uso de preservativos no combate a esses agravos. Recomendamos também a ida de profissionais de saúde ao local e a distribuição de preservativos, que não é feita. Na questão educativa das profissionais do sexo, vimos que intervenções utilizando a educação em saúde como meio de informar, melhoram as condições de saúde dessa população exposta.

Introdução: A prostituição é identificada no Brasil desde o século XIX e constitui-se em uma troca de satisfação sexual versus remuneração. Com o passar dos anos, esta atividade tem aumentado significativamente. Sabemos que a atividade de prostituição no Brasil não é considerada ilegal, não incorrendo em penas nem

aos clientes, nem às pessoas que se prostituem. Entretanto, o fomento à prostituição e a contratação de mulheres para atuarem como prostitutas são considerados crimes, punível com prisão. Apesar disto, a Vila Mimosa que é constituída a partir de relações sociais e comerciais, em que há uma grande variedade de estabelecimentos para a venda de relações sexuais, consegue movimentar R\$ 1 milhão por mês com a prostituição e com outros 150 pequenos negócios localizados na região. Para falarmos de prostituição, deve-se falar que ela é a exploração do corpo e da sexualidade por um mercado consumidor desse serviço. Um risco considerado ocupacional corresponde à transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST), pois apesar da obrigatoriedade do uso do preservativo como instrumento de proteção individual na sua prática profissional, muitas vezes, ele não é usado em todas as relações sexuais devido a exigências de clientes que não aceitam o uso do preservativo e propõe pagar mais sem o seu uso; ou ainda por serem parceiros fixos e não acharem necessário. Diante destas situações, é evidenciado o risco que todos os envolvidos nesse ciclo; profissional do sexo, parceiro, outras parceiras desses homens; correm ao se tornarem cada vez mais vulneráveis a contrair uma doença transmitida pelo sexo. Além de doenças sexualmente transmissíveis, estas mulheres estão expostas a outras doenças transmissíveis devido às péssimas condições em que o ambiente de trabalho delas possui. Locais fechados, sem circulação de ar, insalubridade, falta de higiene; compõem um cenário de transmissão rápida de doenças, como tuberculose. Outro fator de risco está relacionado à violência física e, sobretudo abusos sexuais, tráfico, estupros, roubos e a violência psicológica manifestada por humilhações, ofensas verbais e morais. As profissionais do sexo muitas vezes são alvo da violência pelos clientes que entendem que o pagamento lhes confere poder para o abuso físico, sexual e psicológico, ou ainda também pela interpretação da imagem desta profissional considerada “vagabunda” e sem moral. O que pode levar ao uso de drogas e álcool e ao seu conseqüente vício. Diante da problemática da prostituição e da “mercantilização” total das mulheres na Vila Mimosa, ficamos interessados em compreender o fluxo e as percepções de saúde com relação a estas profissionais, as condições de trabalho em que são inseridas e as condições do ambiente que muitas vezes são totalmente precárias. Explicitando assim diversos fatores de risco à saúde em que elas são expostas. Objetivo: Neste estudo pretendeu-se analisar, detalhar e conhecer o cotidiano das profissionais do sexo de uma região famosa pela prostituição na região central da cidade do Rio de Janeiro, a Vila Mimosa. Esta também é conhecida como “VM” ou Cidade das Meninas. Também se objetivou abordar através da observação etnográfica a percepção das profissionais do sexo da Vila Mimosa no que diz respeito as suas condições de trabalho e a vulnerabilidade no seu ambiente. Assim como a discussão sobre a mercantilização das mulheres na “VM”. Também tentamos compreender o fluxo e as percepções de saúde com relação a estas profissionais. Por tudo isto, fizemos um trabalho observacional, referente às práticas preventivas de doenças transmissíveis, relacionados com as estratégias de Educação em Saúde. Metodologia: Pretendeu-se fazer um relato de experiência através observação etnográfica, descritiva na ótica de 6 estudantes de Graduação em Saúde Coletiva da UFRJ, tendo como base as experiências vivenciadas na Vila Mimosa, cuja é conhecida como “cidade das meninas”, localizada na região central do Rio de Janeiro, que é a maior zona de prostituição homossexual do mundo. No período de 02/04 a 09/04 de 2012

os estudantes, usaram o método qualitativo investigativo para analisar realidade do local, o fluxo e a demanda por serviços, os métodos de prevenção de doenças transmissíveis e o uso de drogas e álcool. Assim, através desse relato de experiência, serão levantados pontos relevantes no âmbito da Educação em Saúde, cuja finalidade será de mobilizar ações intersetoriais a fim de promover saúde, prevenir doenças e informar medidas de cunho sanitário as Profissionais do Sexo. Resultados: Essa imersão na maior zona de prostituição heterossexual do mundo deixou evidente a necessidade de ações emergências de cunho sanitário e de educação em saúde, no combate a redução dos fatores de risco que acometem as Profissionais do Sexo e as torna uma população vulnerável. No ambiente de trabalho, foi possível identificar focos propícios para surgimento e disseminação de diversos agravos, dentre doenças do aparelho respiratório devido, a falta de luminosidade, ventilação e rotatividade de pessoas no mesmo espaço físico. O consumo de álcool e outras drogas são comuns na Cidade das Meninas o que reflete na necessidade elaborar políticas públicas assistências e um serviço de vigilância mais efetivo no combate a esses indicadores, bem como a necessidade de método de avaliação e monitoramento dos agravos em saúde. Vale ressaltar também a frequência de doenças dermatológicas dentre elas o “quiquito” nome dado pelas Profissionais do Sexo, no que se refere a “bolinhas vermelhas” nas nádegas, o que está associado contato direto e uso contínuo da mesma roupa de cama por vários clientes o que torna aquele local ideal para surgimento e disseminação de doenças. Devido à falta de incentivo no desenvolvimento de programas de saúde voltados para essa categoria, e ineficácia dos serviços de vigilância em saúde, a Vila Mimosa é palco de doenças classificadas como evitáveis, dentre elas, as sexualmente transmissíveis. No período de vivência nesse cenário, foi visto que não há por parte Ministério da Saúde, ações integrais de saúde e de prevenção no que diz respeito à distribuição de camisinhas, e inserção de profissionais de saúde no local para fazer a ponte entre informação em saúde e educação em saúde. Conclusão: Essa experiência proporcionou uma nova visão sobre a realidade da saúde das profissionais do sexo, principalmente no que se refere às práticas de educação em saúde que são utilizadas na Vila Mimosa. Outras opiniões são referentes à falta de informação, que podem trazer riscos à saúde e a questão da observação da insalubridade do local, onde é evidente que se precisa de profissionais de saúde discutindo e debatendo melhorias de saúde e qualidade de vida para as profissionais e para quem utiliza os serviços. Observamos que se necessita de melhorias não só do local, mas também do acesso à Vila Mimosa. Pois, por ser um local que movimenta muitas pessoas, deveria ser mais iluminado, com calçadas melhores, porém não é o que vimos, o local parece ser perigoso, por ser mal iluminado fica muito escuro e assim aumenta a chance de terem assaltos e violência no local além da insegurança que as pessoas sentem ao andar por ali sozinhas, tornando as profissionais do sexo muito mais vulneráveis a sofrerem algum tipo de abuso sexual. Dentre outras questões podemos falar sobre a necessidade de consertos da rede de esgoto do local, o que dentre outros fatores torna o local insalubridade, deixando o ambiente de trabalho muito precário. Através da nossa busca pelo referencial teórico e pela nossa observação do campo nos conscientizamos da importância da prevenção das DST e Aids, e o uso sistemático do preservativo, que não é uma tarefa simples, pois vários fatores interferem na vida da profissional do sexo, como o uso exacerbado de bebidas alcoólicas ou

até drogas ilícitas. O cliente que muitas vezes não aceita o preservativo e paga mais pelo “programa” se for realizado sem o seu uso, as baixas condições socioeconômicas, fazendo com que a prostituta se submeta a várias situações para conseguir aquele dinheiro. É necessário fazer uma conscientização sobre a importância da educação em saúde, pois esta é uma estratégia mais eficiente na prevenção de doenças, incentivando o uso de preservativos no combate a esses agravos. Recomendamos também a ida de profissionais de saúde ao local e a distribuição de preservativos, que não é feita. Na questão educativa das profissionais do sexo, vimos que intervenções utilizando a educação em saúde como meio de informar, melhoram as condições de saúde dessa população exposta. As estratégias de Educação em Saúde utilizadas devem então estimular a reflexão, criticidade, mudança de comportamento como se quer e espera. A sociedade, os gestores, as políticas públicas podem contribuir de formas diversas, como preparar melhor educadoras sociais e profissionais de saúde para trabalhar diretamente com estas profissionais do sexo; melhorar o acesso aos serviços de saúde fornecidos pelo SUS; fornecer atividades educativas e insumos, como lubrificantes e preservativos; realizar o acompanhamento com apoio de prostitutas vítimas de violência e da Aids; realizar exames ginecológicos e de mama preventivos, e laboratoriais, quando necessário, para esse grupo de mulheres, e outros sugeridos anteriormente. Conclui-se, portanto, que se precisa conscientizar-se da importância da prevenção das DST, Aids, e da tuberculose, pois percebemos a importância de existirem políticas públicas de saúde para essa população tão discriminada e necessitada de informações e apoio. Referências: PASINI, Elisiane. Sexo parágrafo Quase Todos: a prostituição feminina na Vila Mimosa. Cad. Pagu, Â Campinas, n. 25, Â Dec.Â 2005. BARBOSA, Antônio et al. Análise ergonômica do trabalho de prostitutas da Vila Mimosa. Rev. Dep. Psicol.,UFF, Niterói, v. 19, n. 2, Dec. 2007 LIBORIO, Renata Maria Coimbra. Adolescentes em situação de prostituição: uma análise sobre a exploração sexual comercial na sociedade contemporânea. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 18, n. 3, Dec. 2005. GUIMARAES, Katia; MERCHANT-HAMANN, Edgar. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 13, n. 3, Dec. 2005. MOURA, Ana Débora Assis; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Realidade vivenciada e atividades educativas com prostitutas: subsídios para a prática de enfermagem. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Sept. 2009. SILVA, Cristiane Maria da Costa et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010. GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Compreendendo uma Educação populares em Saúde: Um Estudo nd literatura brasileira. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27, n. 1, jan 2011. SCHALL, Virgínia T.; Struchiner, Miriam. Educação em Saúde: Novas Perspectivas Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012. CRUZ, Marly Marques dos SANTOS, Elizabeth Moreira dos; MONTEIRO, Simone. Avaliação de programas de prevenção DST / Aids: uma revisão de abordagens e metodologias. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n. 5, maio de 2007 SILVA, Carla Marins; Vargens, Octavio Muniz da Costa. A Percepção de Mulheres QUANTO à vulnerabilidade feminina parágrafo contrair DST / HIV. Rev. esc. enferm.USP, São Paulo, v 43, n. 2, junho de 2009.

Maria de Alencar Jardim, Alagoana, Mulher, Negra e Rezadeira

José Moisés de Oliveira Silva

O que se busca com este trabalho é refletir acerca da análise do discurso da rezadeira Maria de Alencar Jardim, observando os elementos presentes e suas respectivas cargas ideológicas que a induzem a uma autoclassificação, tanto de gênero quanto de “raça” e classe social. Aqui se fez uso das palavras da própria Maria de Alencar enquanto transmissão oral e algumas referências bibliográficas para conceituação.

INTRODUÇÃO: O presente trabalho é resultado de um dos vídeos produzidos pela Ôtto Coletivo, em uma tentativa de registrar e protagonizar alguns grupos e personagens do Estado de Alagoas. Entre esses vídeos encontra-se um breve relato de Maria de Alencar que diante da riqueza de elementos presentes em sua fala se fez necessário especificar tais elementos. É diante de Maria de Alencar Jardim que teremos a oportunidade de observar de perto “um momento passado, mas muito vivo e presente” na oralidade de uma entre tantos personagens que compõem a identidade de um povo. A princípio se tinha como objetivo do trabalho registrar a prática da reza desenvolvida a muito por Maria, e a riqueza da crença, como também um possível sincretismo o que se tornou apenas um, dos elementos que compõe Maria. Tendo em vista descobrir como se deu o aprendizado, o que ela e os outros pensam da atividade, diante do resultado da conversa com a rezadeira e sua habilidade narrativa notou-se um leque de possibilidades e abordagens. Em sua fala se notou uma carga empírica e subjetiva rica em detalhes e em “técnicas”, talvez por ela não reconhecidas, mas perfeitamente aplicadas. Sempre tomando como ponto de partida a reza que tem aqui a função de interligar tais elementos. Onde se entende a reza como uma expressão de um catolicismo popular que se aproxima desse “público”. “[...] *é um erro supor que pode haver uma religião totalmente interior, sem regras, sem liturgia, sem sinais exteriores de estados interiores. Em religião tal como em sociedade, a forma exterior é a própria condição da existência. Herdeiros da tradição evangélica aprendemos pela nossa educação a suspeitar do formalismo e procurar a expressão da espontaneidade [...] enquanto animal social, o homem e anima ritual. Elimine-se uma certa forma de ritual e ele reaparece sob outra forma, com tanto mais vigor quanto mais intensa for a interação social*” (Douglas.79). UMA MULHER: Encontramo-nos com Dona Maria em uma tarde “qualquer”, como sempre sentada em sua cadeira de madeira cumprimentando a quem passa na rua, Negra de cabelos grisalhos, e já centenária traz consigo clareza e firmeza nas palavras. Segundo Dona Maria já foi casada três vezes e é mãe de cinco filhos tendo um falecido, e netos em grande quantidade. Dona Maria é uma senhora aparentemente frágil que para os descuidados pode passar despercebida. Logo ao sentarmos, começamos o diálogo ou pode-se dizer com todo respeito monólogo, pois sem rodeios Maria nos entrega sua vida com muito carinho. Ao nos falar de um dos seus maridos enfatiza o fato de ser negra e que aquilo poderia ser motivo de desigualdade em seu relacionamento fato que a faz questionar seu cônjuge sobre possíveis maus tratos dizendo. *Você não maltratará a mim e meus filhos por nossa qualidade?* Apesar de

afirmar que criou seus filhos praticamente só e construiu a casa em que mora de forma independente sempre teve a necessidade de uma presença masculina quando diz *ele era bonito “aivinbo” e de Pernambuco!* Sempre enfatizando o fato dele ser branco e como diz, natural de Pernambuco como uma qualidade para um bom pretendente. Se deve também levar em consideração todo o contexto histórico, político e econômico considerando que o marido de Maria veio a Alagoas para trabalhar para um senhor de família tradicional de fornecedores de cana de açúcar. Diante disso deve se considerar as relações que são próprias de áreas canavieiras em especial Alagoas “terra dos marechais” do coronelismo e das oligarquias de grupos historicamente antagônicos e de políticas excludentes, em meio a esse fato social (no sentido de coação) é que Maria se classifica como “diferente”. *Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinária ou mau sobre o status moral de quem os apresentava”* (GOFFMAN, 2004, p.05). Mesmo assumindo essas marcas históricas de segregação classista e racista Maria traz consigo uma memória viva capaz de nos remeter a um determinado momento *com trabalhadores bebendo, um barraco capenga, o homem bonito que quer lhe falar e manda um recado.* No primeiro momento ao vermos a cor da pele escura e algumas ervas na mão logo se tem um conceito prévio quanto ao sincretismo com as religiões de matriz africana, mas ao indagarmos dona Maria logo percebemos sua convicção católica diante dos quadros e imagens de santo. *Aqui veio um carro cheio de pessoas de Maceió para eu rezar, e olhe que lá têm um monte de “macumbeiro”.* À medida que nega o sincretismo afro-brasileiro auto se afirma como boa rezadeira. Em seu jeito de contar de ilustrar e tornar viva as lembranças nota-se um algo mais. *“A colonização de diversos países do noroeste da África foi francesa, assim griot é uma palavra francesa que denomina as figuras que são contadoras de histórias, genealogistas, mediadores políticos, comunicadores, cantadores e poetas populares. Os griots têm diversas formas de expressão, mas em comum são responsáveis pela biblioteca viva da tradição oral, são o sangue que circula as memórias e histórias, lutas e glórias daqueles povos. [...] Mas é bom lembrar que os griôs têm nomes diversos em cada língua do norte e noroeste africano – na língua Bamanan, por exemplo, eles nomearam o personagem de Diel’i* (Pacheco). CONSIDERAÇÕES FINAIS: A habilidade de transmitir estes conhecimentos encontra no caminho um obstáculo, a ausência de algo essencial para todo mestre griot, educador popular, ou aquele que traz consigo traços tradicionais, étnico e racial, para o griot o discípulo, para o educador popular um interlocutor para que se estabeleça o processo dialógico, para os povos tradicionais a descendência (presente), então esse grande obstáculo é a continuidade altamente comprometida no caso de Maria Alencar. Dona Maria é rezadeira a muitos anos, chegando já a ter rezado em até três gerações de uma família, considerando-se que não rezou em apenas uma das tantas famílias de sua cidade se pode afirmar que cuidou de gerações de uma cidade e hoje quem cuida de Maria? Que é a mesma que cuidou da cidade e traz com ela a história desse mesmo povo a Maria que sempre lutou e hoje não pode andar. REFERÊNCIAS: GOFFMAN, Erving; *Estigma – notas sobre a manipulação de identidade deteriorada.* 1891; digitalização 2004. DOUGLAS, Mary, *pureza e perigo ensaio sobre as noções de poluição e tabu.* Lisboa, edições 1966. PACHECO, Lilian, *griô: um novo ângulo para a tradição.* <http://www.blogacesso.com.br/?p=108>.

PEPASF: um relato histórico de sua trajetória na atenção primária através da educação popular

Kamilla Maria Sousa de Castro

Francisca Vilela da Silva

Victor Augusto Hernandes de Alexandria

Na vida universitária, a Educação Popular continua presente, notadamente sob a forma de projetos de extensão, agora oficializados, com apoio institucional e federal. Frente a essa realidade, em 1998, iniciou-se na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) o Projeto de Extensão “Educação Popular e Atenção à Saúde da Família” (PEPASF), tornando-se referência nacional, desenvolvendo ações com o objetivo de delinear caminhos da participação da Universidade na promoção da saúde e luta social de um povo, contribuindo para reorientação da formação em saúde a partir da educação popular.

Na vida universitária, a Educação Popular continua presente, notadamente sob a forma de projetos de extensão, agora oficializados e com apoio institucional. Muitos projetos vêm repercutindo em suas universidades, criando referências para a mudança curricular de muitos cursos de graduação, visando inserir disciplinas voltadas principalmente ao ensino de práticas comunitárias estruturadas na perspectiva da educação popular. Frente a essa realidade, em 1998, iniciou-se na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) o Projeto de Extensão “Educação Popular e Atenção à Saúde da Família” (PEPASF), tornando-se referência nacional, e se mantém até hoje. O projeto vem desenvolvendo ações com o objetivo de delinear caminhos da participação da Universidade na promoção da saúde e luta social de um povo; Contribuir para reorientação da formação em saúde a partir da educação popular; Sistematizar a experiência da extensão universitária na atenção primária de saúde; Estimular a autonomia e protagonismo da comunidade. O PEPASF atua na comunidade Maria de Nazaré, em João Pessoa – PB. Ao longo dos anos suas ações foram sendo modificadas, adotando diferentes formas, conforme o anseio de seus participantes. As visitas domiciliares é a principal atividade do projeto, durante esses 14 anos. Por mais informais que pareçam, nas visitas domiciliares às famílias da comunidade, as relações são estabelecidas pelo acolhimento humanizado, escuta, respeito, amorosidade, confiança e fortalecimento de vínculo entre extensionistas e moradores, criando uma relação de amizade e parceria. Nesses anos o projeto se inseriu de maneira ativa nas lutas sociais daquele povo, sendo possível vislumbrar a universidade cumprindo seu papel na formação de pessoas e cidadãos, e a população tão marcada pelo medo, pelo silêncio e conformismo, passa a ter voz. Nesse processo, a educação popular e a saúde coletiva vêm promovendo mudanças e permitindo que o profissional adote uma postura mais comprometida com a sociedade. **REFERÊNCIAS:** 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. 420p. VASCONCELOS Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. p. 18-29. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2007.

Cultura e saúde na E. P. S. do Morro Azul

Lana Cristina Vasconcelos Ferreira Cantarelli

Aldecir Costa

Vera Lembo

A Escola Popular de Saúde do Morro Azul integra um conjunto de Escolas Populares do Núcleo de Cultura Ciência e Saúde, tendo como Coordenador o Dr. Vitor Pordeus pertencente a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Neste sentido, trata-se de um trabalho diferenciado que busca transformar a qualidade de vida dos moradores dessa comunidade trabalhando sob uma perspectiva educação popular utilizando métodos pedagógicos de Paulo freire, que diz: "Não há saber mais ou saber menos. Há saberes diferentes" como também as concepções médicas da Dra. Nise da Silveira, segundo ela: "Cada louco é um artista, cada artista e um ser humano e cada ser humano, um universo". Assim, a Roda Dialógica e o Afeto catalisador norteiam o desenvolvimento do nosso trabalho.

A Escola Popular de Saúde do Morro Azul, integra um conjunto de Escolas Populares do Núcleo de Cultura Ciência e Saúde, tendo como Coordenador o Dr. Vitor Pordeus pertencente a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Neste sentido, trata-se de um trabalho diferenciado que busca transformar a qualidade de vida dos moradores dessa comunidade trabalhando sob uma perspectiva educação popular utilizando métodos pedagógicos de Paulo freire, que diz: "Não há saber mais ou saber menos. Há saberes diferentes" como também as concepções médicas da Dra. Nise da Silveira, segundo ela: "Cada louco é um artista, cada artista e um ser humano e cada ser humano, um universo" Assim a Roda Dialógica e o Afeto catalisador norteiam o desenvolvimento do nosso trabalho. Tendo como base este dois mestres, buscamos desenvolver um trabalho que focasse não a doença, mas principalmente à Saúde. Para tanto, foram feitos levantamentos históricos sobre a origem da comunidade levando em consideração não somente os conteúdos acadêmicos relatados em livros de história, porém e, sobretudo, levando-se em consideração os relatos feitos pelos moradores mais antigos, estes que são verdadeiras testemunhas vivas de uma época. Com este trabalho foi possível entender e valorizar a cultura da comunidade e as nossas propostas encontraram respostas positivas havendo empatia, uma vez que, relacionavam-se com suas tradições e costumes. Com o objetivo de entender melhor a memória desta comunidade, passamos agora a um breve resumo sobre sua história. A Comunidade do Morro Azul está localizada no bairro do Flamengo, na capital do estado do Rio de Janeiro, tendo seu acesso principal pela Rua Paulo VI. Pertence a IV Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro. Também compõe a Área Programática 2.1, pela subdivisão administrava de saúde do município. A história da comunidade se inicia com a migração de trabalhadores vindos de Minas Gerais para o início das obras do Aterro do Flamengo, entorno da década de 40, onde migrantes buscaram o local por estar perto de seu trabalho.

Assim foi surgindo à comunidade e crescendo com o tempo com a chegada de pessoas vindas de outros pontos do país. Nesta comunidade atualmente possui infraestrutura de urbanização com água encanada e coleta de esgoto, conquanto alguns moradores relatam e ainda há algumas fossas; pavimentação de suas ruas e vielas. Em relação a segurança é percebida pelos moradores como pacífica, sem presença (ou de maneira ostensiva) de narcotráfico. O comércio do bairro do Flamengo, por ser desenvolvido, é sua melhor opção. Essa população, em sua maioria, obtém sua renda como trabalhadores do setor de serviços, prestados nos bairros próximos. No contexto apresentado, observou-se a utilização em grande escala pela população de plantas medicinais no tratamento de algumas indisposições orgânicas, uma cultura que foi passada de geração para geração. A partir daí, entendendo que este hábito revelava tradição cultural popular local, buscamos então articular com os parceiros institucionais e lideranças da Comunidade do Morro Azul o cultivo de plantas medicinais. Esta foi a primeira iniciativa de sucesso junto a comunidade: **Cadeirão Cultural**: A Escola Popular de Saúde do Morro Azul após esta primeira iniciativa, buscou desenvolver através de articulações com a comunidade atividades que promovessem a melhoria cultural com foco na Saúde. Assim, foram realizadas atividades como: a Roda de saberes populares, entre elas, o Caldeirão Cultural (Músicas e Artistas da Comunidade), a **Troca-Troca de Saberes (Plantas Mediciniais e Valorização Cultural)**: são rodas dialógicas em que os participantes falam sobre suas experiências e suas tradições no tratamentos com plantas medicinais cultivadas em suas casas. **Passeio Cultural- Jardim Botânico**: Passeios Culturais com moradores e alunos da Creche Padre Aleixo (Visitas ao Jardim Botânico) busca conhecer árvores como Pau Brasil, pé de Canela, de Cravo, sua utilização em comidas e doces, além é claro da visita a Professora Yara Brito Curadora da Coleção Temática de Plantas Mediciniais do Jardim Botânico Danilo Marques. Nesta Coleção os visitantes identificam plantas que conhecem com outros nomes populares. Ainda é importante destacar que, procuramos identificar ressaltar e divulgar através do Blog do Núcleo de Cultura Ciência e Saúde (SMSDC), as iniciativas de moradores que são exemplos positivos para as futuras gerações desta comunidade. E, porque essas iniciativas merecem ser referenciadas? Elas são realizadas por pessoas que não esperam que apenas as instituições públicas realizem sua parte, elas preferem colaborar fazendo tudo que esta a seu alcance, como é o caso do Ronilsson da Silva (o Roni). Relataremos abaixo o seu exemplo: **O Roni**, além de possuir o ofício de Serralheiro e desenvolver o seu trabalho na sua Serralheria Paulo VI que fica aos pés da Comunidade do Morro Azul ,vem ao longo de aproximadamente seis anos realizando um trabalho digno de servir como exemplo. Para começar, devemos entender a importância da EDUCAÇÃO em nossas vidas. É redundante dizer, que a família célula da nossa sociedade assumindo seu papel de educar com responsabilidade sempre fará o diferencial que trará resultados maravilhosos no futuro. Segundo Paulo Freire, "Educar é impregnar de sentido o que fazemos a cada instante!". Ele recebeu de sua família uma educação que tinha como princípio o seguinte: "todos nós sempre podemos fazer algo para melhorar o espaço onde vivemos, então vamos fazer a nossa parte" e ele seguiu a risca este ensinamento. E, antes mesmo de esperar providências governamentais arregaçou as mangas e foi à luta. Para começar, o local onde está

localizada sua serralheria já foi um grande depósito de lixo, também desembocava um esgoto que abrigava muitos ratos e lacraias. Para solucionar o problema, ele realizou uma operação faxina limpando tudo, consertando com serviço de alvenaria o esgoto na entrada da comunidade e foi muito além disso como acompanharemos, a seguir. Acontece que, como seu ofício envolvia ferro produziu e instalou corrimãos nas escadas, esta ação possibilitou que muitos moradores pudessem se apoiar com segurança para subir os degraus que levam até a Comunidade. Continuando, ele ficava incomodado com o aspecto visual dos tijolos amostra do estabelecimento visto de baixo para cima, então ele pintou com tinta de piso que segundo ele é mais resistente, não só a sua serralheria, mas todo o espaço do entorno inclusive toda a escadaria. Hoje, ao se subir a comunidade pode se ver tudo pintadinho de verde com muito capricho. Ele e seus ajudantes também cuidam da limpeza do local, varem tudo todos os dias e para conservar não deixam ninguém jogar lixo, nem fazer do espaço banheiro para cachorros. Possuindo um espírito realizador, observou que mesmo com esses cuidados sobram algumas valas em que normalmente os moradores ao saírem da comunidade e os transeuntes da rua colocavam recipientes descartáveis. Então, com a implantação da horta medicinal e lembrando que em sua infância o Boldo era utilizado com frequência para tratar problemas de saúde, resolveu plantá-lo inibindo assim a ação dos descartadores de lixo. Agora, muitos deles colhem as folhas da planta que lhe servem de remédio. Só para arrematar, ele procurou plantar um coqueiro próximo à entrada de sua oficina e colocou uma plaquinha, que leva a frase do profeta Gentileza que diz: “Gentileza Gera Gentileza”, pois notou que alguns moradores são pouco gentis uns com os outros. E, para não esquecer das crianças ele produziu um Móbile de ferro reaproveitado, é claro, colocando ali vários bonequinhos sustentados por molas. É muito legal e desperta o interesse dos pequeninos. Deste modo, a Escola Popular de Saúde do Morro Azul procura estabelecer parcerias como a Associação de Moradores, a FIRJAN, a Secretaria Municipal de Meio Ambiente, a Creche Casulo Padre Aleixo, entre outras instituições. É importante lembrar que, considerando-se este bom relacionamento com essas instituições e os membros da comunidade foi possível mobilizá-los para a realização da Celebração da Saúde ocorrida em março de 2011 com enorme sucesso. Atualmente estamos articulando uma nova Celebração da Saúde para o mês de Agosto de 2012.

Registro em vídeo de uma experiência de Estágio da residência no PEPASF/UFPB: depoimentos dos participantes do projeto.

Leticia de Moraes Falleiro

Em 2008, como Residente da Escola Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Básica, tive a oportunidade de desenvolver meu estágio opcional do segundo ano, no Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Escolhi esta experiência de estágio porque havia desenvolvido um projeto de Educação Popular durante o curso da graduação e queria conhecer este projeto na Paraíba. Fui muito bem acolhida e o mês de estágio foi uma experiência muito rica e inspiradora, a ponto de me levar a buscar outras formas registro, e então, eu passei a gravar entrevistas com os participantes do Projeto. Na ocasião, tive a idéia de fazer entrevistas, através da gravação de depoimentos dos professores e estudantes que participam do Projeto, sem saber ao certo em que momento usaria aquele material. O principal objetivo era registrar aquela atividade que estava sendo peculiar na minha formação, e conseguir os depoimentos dos participantes do Projeto, visando ter outro tipo de documento, mais dinâmico e complementar ao relatório que eu apresentaria para a ESP/RS como comprobatório do meu estágio. Com a realização do V ENEPS, identifiquei uma oportunidade de compartilhar esta vivência e registrar os depoimentos de atores que são importantes hoje, no cenário da Educação Popular no Brasil. Antes de tudo, constitui uma homenagem a pessoas que não deixam de me inspirar, onde quer que eu vá. Trata-se de um vídeo amador, composto por depoimentos dos participantes do Projeto no ano de 2008, que foram entrevistados pela então residente, respondendo a perguntas sobre como foi o primeiro contato com a educação popular, o que é educação popular, qual a contribuição do projeto para a formação dos estudantes.

Em 2008, como Residente da Escola Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Básica, tive a oportunidade de desenvolver meu estágio opcional do segundo ano, no Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Escolhi esta experiência de estágio porque havia desenvolvido um projeto de Educação Popular durante o curso da graduação e queria conhecer este projeto na Paraíba. Fui muito bem acolhida e o mês de estágio foi uma experiência muito rica e inspiradora, a ponto de me levar a buscar outras formas registro, e então, eu passei a gravar entrevistas com os participantes do Projeto. Na ocasião, tive a idéia de fazer entrevistas, através da gravação de depoimentos dos professores e estudantes que participam do Projeto, sem saber ao certo em que momento usaria aquele material. O principal objetivo era registrar aquela atividade que estava sendo peculiar na minha

formação, e conseguir os depoimentos dos participantes do Projeto, visando ter outro tipo de documento, mais dinâmico e complementar ao relatório que eu apresentaria para a ESP/RS como comprobatório do meu estágio. Com a realização do V ENEPS, identifiquei uma oportunidade de compartilhar esta vivência e registrar os depoimentos de atores que são importantes hoje, no cenário da Educação Popular no Brasil. Antes de tudo, constitui uma homenagem a pessoas que não deixam de me inspirar, onde quer que eu vá. Trata-se de um vídeo amador, composto por depoimentos dos participantes do Projeto no ano de 2008, que foram entrevistados pela então residente, respondendo a perguntas sobre como foi o primeiro contato com a educação popular, o que é educação popular, qual a contribuição do projeto para a formação dos estudantes. O vídeo ainda está em fase de construção, e portanto, apresentarei aqui o seu roteiro: 1-Entrevistados: professores e estudantes do PEPASF em 2008. 2-PERGUNTAS: Como foi seu contato com a Educação Popular? O que é Educação Popular? Qual a contribuição da Extensão Popular no seu processo de formação profissional? O vídeo será composto dos depoimentos a partir das perguntas propostas. Pretende-se garantir a paridade entre os depoimentos de estudantes e professores, a fim de podermos analisar os diferentes papéis dentro do projeto. Inclui-se aqui, alguns projetos que compõem a “Rede PEPASF”, tais como PEPAST, PNAB, Para Além da Psicologia. Pode ocorrer que a conformação do Projeto tenha se alterado nestes 3 anos, porém considera-se um registro importante, para contribuir no processo de construção histórica deste projeto. O vídeo será apresentado em forma de trabalho durante o V ENEPS.

Pensando a memória através das histórias orais de vida em comum

Lúcia Maria Ozório Barroso

Refletir sobre educação popular e saúde (EPS) é fazer referência a uma história de lutas quotidianas do povo brasileiro pela vida. Neste trabalho exploramos um viés da educação popular e saúde: sua relação com uma memória, comum, através das histórias orais de vida. Pensamos a memória como potência que trabalha, que forja um devir- saúde, através de vozes múltiplas, de diferentes atores sociais. Para ter acesso a esta potência, utilizamos a história oral de vida em comum. Experimentamos assim um tipo de memória, sensível ao mais sensível da alma humana. Contamos o que nos toca mais profundamente, buscando compartilhar com o outro. Constrói-se uma história que dimensiona a “... especificidade das experiências sociais...” percebendo suas relações íntimas com a cultura popular na sua capacidade de (se) inventar.. A experiência de que se nutre, a do quotidiano da vida, assume importância na criação da saúde como processo afirmando-se na sua dimensão educativa. Temos interesse pela criação de forma narrativa, em que se releva um modo da memória acontecer, encontro de diversos modos de viver, sentir, agir, pensar, lembrados-vividos no momento da narração em comum. Nesta práxis intercultural muitas culturas, modos-mundos de vida se encontram numa comunidade de comunicação. O comum que acontece no momento da narração, cadencia o surgimento da memória, comum. Problematiza-se a produção de formas narrativas múltiplas. Nossa metodologia considera o uso das fontes orais na construção de uma história cujas narrativas têm a ver com uma rede de acontecimentos significativos para os grupos envolvidos no trabalho. Trata-se de uma certa história, descontínua, em fragmentos que denota resistências, insurgências da vida, que pulsa através de experiências que mostram uma dimensão educativa da saúde nas suas alianças com a educação popular. Inspiramo-nos para estas reflexões nas pesquisas que fazemos nas periferias do Rio de Janeiro, nas comunidades pobres. Temos um dispositivo singular, o Papo de Roda, para desenvolver nosso trabalho. Como dispositivo de narração de histórias de vida em comum pode ser utilizado pelo pesquisador, historiador, educador popular para colher/acolher as experiências que são contadas em comum, no coletivo/ grupo de trabalho. Tentamos exercer uma interdisciplinaridade, um modo de viajar entre blocos de saber no qual a preparação dos materiais, em vista de um tratamento metodológico, é expansiva, aberta às possibilidades. Damos luminosidade à prática e ao discurso, privilegiando a mestiçagem dos encontros. Buscam-se nexos entre teorias e práticas, entre-lugares – cidade e comunidade; lugar e mundo - propondo uma estratégia interpretativa da história da saúde. Para compreender os relatos, recorreremos às análises de Walter Benjamin sobre o processo narrativo. A etnografia, a análise institucional, o movimento de educação popular e saúde, a filosofia, as contribuições da psicanálise, os estudos culturais, contribuições da historiografia, principalmente as histórias (orais) de vida e o saber local enriquecem o exercício da psicologia, a psicologia comunitária. São ferramentas cuja operacionalidade se relaciona com o campo de pesquisa no qual o quotidiano do lugar, com suas experiências, necessidades, desejos têm um papel fundamental.

Refletir sobre educação popular e saúde (EPS) é fazer referência a uma história de lutas quotidianas do povo brasileiro pela vida. Podemos assim nos reportar às práticas de saúde de nossos povos indígenas em seus movimentos de resistência ao período da invasão portuguesa ao nosso país. Segundo estudos já publicados, a educação popular e saúde (EPS) foi-se tornando um movimento mais forte nos anos 70 (www.edpopsaude.net). Parafraçando Doimo (Relume Dumará: ANPOCS, 1995), podemos dizer que “*a educação popular m saúde cai na boca do povo*”, quando os movimentos sociais fazem frente, justo nestes anos 70, ao período ditatorial da história brasileira que perseguia diversas formas organizativas da sociedade, que buscava minar modos os mais diversos de inventar outras formas de viver. Face à precariedade das condições de vida estes movimentos respondem com novos modos de invenção da existência, explicitando alianças únicas entre saúde e vida. Nas pesquisas que realizamos nas periferias do município do Rio de Janeiro, desde 1990, (Ozório, Lille, 2004; UERJ-FAPERJ, 2004; 2006. 2012; Lipis: 2007) também vemos percebendo esta saúde que trama e drama, abrindo-se para a vida, tendo como aliada as classes menos favorecidas. Perecebe-se nitidamente um outro vir a ser da saúde, um devir- saúde que anima o Sistema Único de Saúde nos princípios de democratização e participação popular. Trata-se de uma saúde inspirada nos ensinamentos da população, que escuta suas necessidades, releva suas lutas, demandas e contribui significativamente para uma gestão social de políticas públicas. Neste trabalho exploramos um viés da educação popular e saúde: sua relação com uma memória, comum, através das histórias orais de vida. Pensamos a **memória como potência que trabalha, forja um devir- saúde, através de vozes múltiplas**, os mais diferentes atores sociais. Compreendemos que a história oral de vida dá acesso a um tipo de memória, sensível ao mais sensível da alma humana. Contamos o que nos diz mais profundamente, buscando compartilhar com o outro, compartilhar vidas. O outro, que nos escuta, aprende e ensina também com sua vida. Como disse D. Maria: “*A gente conta o que toca a gente; E como a gente aprende, seu...*”. Esta dimensão educativa cara à educação popular e saúde vai construindo uma história em que se dimensiona a “... *especificidade das experiências sociais...*” (Guimarães Neto, EdUFMT, 2006), percebendo suas relações íntimas com a cultura popular na sua capacidade de (se) inventar a todo o instante. A experiência que se nutre do quotidiano da vida assume a importância na criação da saúde como processo afirmando-se na sua dimensão educativa. Refletimos especificamente sobre peculiar criação de forma narrativa: história oral de vida *em comum*. Se as “...*ações da experiência estão em baixa ...*” (Benjamin, Gallimard, 2000), nossa problemática considera a narração de experiências *em comum*, como um modo da memória acontecer, encontro de modos de viver, sentir, agir, pensar, lembrados-vividos no momento da narração. Pode-se falar de encontro de culturas diversas no momento da narração. Podemos dizer que a narração de história oral de vida *em comum* é práxis de interculturalidade, de culturas que se encontram, que fazem uma comunidade de comunicação (Levi, FGV, 1996). A narração *em comum* é processo aberto ao *comum* que se faz no momento de se contar as histórias, podendo-se afirmar tanto na dimensão subjetiva da experiência como também como realização da metamorfose do mundo, diverso, em comum. Nossa problemática abre entendimentos sobre a memória, enriquecida por um *comum* que se faz, ficção do presente (Certeau,

Forense Universitária, 2002; Negri, Stock; 2006), um tempo da memória saturado de *agoras*. São muitas as linhas de enunciação que aí se convocam. Sobre os limites da elaboração das histórias de vida, *em comum*, trata-se de tarefa impossível? Consideramos que o pesquisador, historiador, educador popular deva estar necessariamente implicado neste trabalho – não existe neutralidade – contribuindo com uma certa produção de verdades – são sempre múltiplas - na qual os narradores colaboram com o pesquisador na escrita e publicação das histórias. Neste sentido os narradores são escritores e não meros informantes. E temos uma autoria plural da história. Nos registros, a implicação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa o faz se oferecer a estes para colher as histórias, no sentido de acolhimento, de acolher o outro enquanto diferença, na sua singularidade, abrindo-se no entanto para as intensidades do *comum* que cadencia o momento da narração. A elaboração das histórias solicita paciência. As experiências são inesgotáveis (Veyne, Ed. 70, Lda). O *Papo de Roda* é nosso instrumento para trabalhar com as fontes orais. Foi inventado pela comunidade da Mangueira para contar suas histórias de vida em comum. O *Papo de Roda* é demandado num *momento* difícil desta comunidade, em que seus moradores enfrentavam conjuntura político-social local e no Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2003, complexa, violenta (Dutra, Globo, 2003; Araújo, Globo, 2003; Ozório, *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*. v. 7 n 1, p. 28-41, 2007). O número de pessoas mortas em confronto com a polícia neste ano aumentou em cerca de 50%, assim como o número de cadáveres encontrados foi de 40% (Theophilo, Globo, 2003) com o Programa Tolerância Zero implementado pelo governo do Estado do Rio de Janeiro. O desejo de contar *histórias de vida comumente*, no *Papo de Roda*, de fazer conhecer as histórias da comunidade, foi um modo que Mangueira encontrou para mostrar que resiste desde muito, não a partir daquele momento, à violência do Estado, à discriminação e a criminalização da pobreza que atravessam seu cotidiano. O *Papo de Roda*, dispositivo proposto, acolhe neste momento estas resistências-experiências de vida que querem se fazer contar, manifestando um *querer comum*: que as histórias dos moradores de Mangueira sejam contadas por eles mesmos, para o lugar, para a cidade, para o mundo. Neste sentido, parece-se com a roda de samba, cultura desta comunidade, guardando desta a obstinação do samba enquanto cultura viva. Lembra também a roda de conversa da educação popular e saúde, enquanto espaço de encontro de fazer saúde. Quantas práticas de saúde ali são contadas. Mas tem suas singularidades: é cadenciado pelas diferenças no processo de narração – pois são diferentes experiências de vida que ali se contam, que explicitam que saúde e vida estão conectadas na roda da vida. E porta o caráter local da crítica, espécie de produção *comum* que alia autonomias, vidas que insistem-resistem sem preocupação com os sistemas constituídos. Quer coisa melhor para a saúde que um questionamento vigoroso às institucionalizações que tanto aprisionam a vida?

O momento da narração das histórias de vida, ao se fazer, oralmente, *comumente*, afirma como diria Portelli (2000) a potência da história oral como alternativa crítica no século XXI. Um *comum* que anima o processo de narração, favorece alianças entre as diferenças ali em jogo que exercem uma crítica em ato ao silenciamento da diferença (Portelli, 2000). Afirma-se um tecido dialógico, singular, sem hierarquias, sem hipertrofias ou indiferenciações ambíguas. A narração *em comum* favorece emergências críticas, que

fazem suas cartografias. Onde se vai chegar? Nosso trabalho tenta afirmar um campo de não-pertencimento, o exercício de uma *interdisciplinaridade* que quer criar um novo objeto que não pertença a ninguém. Utilizo mais um pré-método que um método no sentido que lhe dá Barthes (Seuil, 2002). Trata-se de um modo de viajar entre blocos de saber no qual a preparação dos materiais, em vista de um tratamento metodológico, é expansiva, aberta às possibilidades. Damos luminosidade à prática e ao discurso, privilegiando mais as fronteiras onde habitam os híbridos. Para compreender os relatos, recorreremos às análises de Walter Benjamin sobre o processo narrativo. A etnografia, a análise institucional, o movimento de educação popular, a filosofia, as contribuições da psicanálise freudiana, os estudos culturais, as contribuições da historiografia, principalmente das histórias (orais) de vida e o saber local enriquecem um exercício da psicologia, funcionando como ferramentas cuja operacionalidade se relaciona com o campo de pesquisa no qual o cotidiano do lugar tem um papel fundamental. Relevamos neste trabalho a história oral, seguindo as trilhas de Alexandro Portelli (Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/FGV, 2000), que a considera metodologia ímpar como alternativa crítica para o século XXI. Num contexto biopolítico que denota a crise de categorias políticas de análise em torno do conceito capitalista e burguês de poder, podemos nos perguntar como o faz Antonio Negri: “Pode-se pensar que a liberdade, a singularidade, a potência se dão como diferenças radicais com o poder?” (Negri, DP&A editora, 2003). Consideramos que as vidas narradas *em comum* se aliam, estabelecendo relações muito singulares entre “vidas precárias” e “experiências estéticas de vida”, que animam o contexto biopolítico pós-moderno. Assim, achamos instigante pensar nas histórias (orais) de vida em comum como uma categoria de análise sensível ao poder que a vida tem (de) se inventar, de (se) criticar. Instrumento de biopotência, diz do poder da vida e não do poder sobre a vida que sucumbe ao poder do capital (Negri, *idem*).

Projeto Vidas Paralelas: o significado da educação popular sob a ótica do trabalhador – um relato de experiência

Sebastião do Nascimento
Luciélida Tomé de Souza
Elidiane Gomes de Souza
Janaina Gomes Lisboa
Darnisson Viana Silva
Dailton Alencar Lucas de Lacerda

O trabalho apresenta um relato de experiência do Projeto Vidas Paralelas, atividade extensionista da Universidade Federal da Paraíba, que articula saúde do trabalhador e educação popular em ações compartilhadas por trabalhadores do setor formal e informal, estudantes e professores universitários. Tem por objetivo contextualizar o significado da educação popular e saúde do ponto de vista de um dos atores da experiência, um trabalhador metalúrgico (Marcolino – codnome), de 46 anos, que relata a sua história de vida e seu processo de adoecimento na sua trajetória de trabalho. Apresenta os cenários dos acontecimentos e todos os atores envolvidos no processo, refletindo a as situações e as interfaces que envolvem esse campo da saúde: a assistência, a gestão, a formação e a participação popular. Destaca a precarização das condições de trabalho e deteriorização da saúde desse trabalhador nesse processo. Apresenta todas as dificuldades e incompreensões que ocorrem quando a engrenagem que envolve a saúde do trabalhador não funciona nesse campo, como o próprio ambiente de trabalho, os serviços de saúde, a previdência social, etc. Descreve o encontro do trabalhador com a educação popular e saúde e o impacto que esse “outro jeito” de cuidar do outro proporciona, trazendo elementos como o acolhimento humanizado, a escuta pessoal qualificada, o diálogo na relação do cuidado, a troca de saberes e experiências entre os sujeitos e o estímulo ao protagonismo e à autonomia dos indivíduos envolvidos. Por fim, desperta nesse trabalhador uma profunda reflexão sobre trabalho, saúde, direitos e cidadania.

O Projeto Vidas Paralelas é uma experiência que articula saúde do trabalhador e educação popular e saúde. Seu objetivo é construir registros do cotidiano de trabalhadores do setor formal e informal, onde estes, usando ferramentas de tecnologia atual (mídias digitais com fotos, vídeos, textos, etc), a partir de seu próprio olhar, refletem e compartilham suas vivências. Esses relatos orientam o debate sobre a participação popular no campo da saúde do trabalhador e tem como ponto de partida o indivíduo e sua própria realidade. Pois, é em seu meio e na relação concreta com sua realidade, que encontramos o ambiente favorável para trabalhar práticas de educação popular em saúde e de transformação da realidade deste indivíduo. Apresentamos aqui, o relato do senhor Marcolino (codnome), metalúrgico aposentado

de 46 anos, que nasceu em Petrolina-PE. Filho de agricultor e dona de casa passou toda sua infância estudando, sem a preocupação de trabalhar. Ele e sua família viviam numa terra arrendada, onde praticavam a agricultura de subsistência e o pouco sobrava era comercializado. Ainda na infância, relata, [...] mudamos para João Pessoa-PB, onde continuei os estudos. Na adolescência, minha mãe veio a falecer e esse fato foi marcante. Mesmo assim continuei os estudos e cursei o ensino médio fazendo o curso técnico de mecânica, em escola pública. Também nesse período, fiz um curso profissionalizante no SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial), e como estava difícil de conciliar, optei pelo do SENAI, devido este ter uma duração mais rápida. Antes mesmo de concluir, consegui o primeiro estágio numa fábrica, na condição de mecânico. Não demorou muito, fui trabalhar numa fábrica de processamento de agave e nessa mesma fábrica passei de estagiário para empregado com carteira assinada. Nesse ínterim concluí os estudos. Posteriormente, atuei como mecânico industrial em alguns outros empregos (fábrica de macarrão, fábrica de calçados). No geral as condições eram precárias, o que fazia buscar outro emprego. Entre 1989 e 2007 fui trabalhar como mecânico industrial de máquina pesada numa grande indústria de cerveja. Em 2002, sofri um grave acidente (uma queda de quase dois metros de altura). Em princípio não dei muita importância, mas com o passar do tempo as dores no corpo começaram a se tornar mais frequentes e intensas associadas a outros problemas de saúde que foram aparecendo, tais como, cansaço, dores de cabeça, dor de coluna e uma dor constante localizada na barriga, o que me levou a procurar tratamento. Quando o quadro se agutzava e não aguentava trabalhar, tinha que se afastar. Como foram ficando constantes os afastamentos e cada vez por mais dias, recorria à previdência social. No trabalho era considerado “pouco produtivo” e eu sentia-me “inútil”. Vi-me excluído do mercado de trabalho. Recorri ao auxílio do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), porém, o pedido foi negado diversas vezes, ficando a margem da proteção do Estado. Ao procurar os serviços públicos, sobretudo no que diz respeito à saúde e previdência social, fui muito desrespeitado, ao ponto de ser chamado de “preguiçoso” por estar negando-se a trabalhar. Os argumentos apontados pelos profissionais que atendiam eram que, a origem dos problemas de saúde, ocorreu por causa da idade e da genética, negando assim, todo o processo de adoecimento e seu *nexo causal*. Após idas e vindas nessa condição vulnerabilidade, através de um programa de assistência à saúde do trabalhador desenvolvido no hospital universitário, entrei em contato com atividades de extensão universitária que tinham como fio condutor a educação popular em saúde. Dentre eles o Projeto Vidas Paralelas. O acolhimento humanizado, a escuta, o diálogo, a problematização, a troca de saberes, o compartilhamento e a integração com outros trabalhadores, estudantes e professores, articulando e debatendo de forma crítica as situações com os outros espaços envolvidos no campo da saúde do trabalhador foram elementos que me ajudaram a compreender e superar as situações adversas. Fez-me entender que a construção de um sistema mais justo de assistência à saúde do trabalhador requer a participação de várias pessoas: as que precisam cuidar da saúde (profissionais), os dirigentes (gestores), os que vão se formar e os que formam para trabalhar nesse espaço (estudantes e professores) e principalmente o controle social (os trabalhadores usuários do sistema). O relato de Marcolino, faz-

nos refletir também, que o modelo econômico vigente no nosso país é socialmente injusto e excludente sendo responsável por tanto adoecimento dos trabalhadores, que às vezes são “descartados” pelo simples fato de “não puderem mais produzir e dar tanto lucro”. Enxerga-se também que, a formação dos futuros trabalhadores de saúde orientados pela educação popular pode produzir uma geração de “doutores” (cuidadores) mais acolhedores e que valorizem o ser humano como um todo e não apenas como uma doença. Que a participação popular na busca pelos seus direitos deve coletiva e deve garantir uma assistência universal, integral e equidade à saúde do trabalhador. Desse modo percebemos a importância da educação popular, como meio de compartilhar experiências da realidade empírica, buscando refletir sobre os questionamentos levantados em confronto com os desafios de uma sociedade cada vez mais desigual, mais desumanizada. Que trazem questões próprias do ser humano como ser social, que necessita de ser ouvido, que necessita expor suas concepções sobre o mundo. Lembrando que estas questões fazem parte de uma luta pela melhoria da qualidade de vida. Percebe-se que a educação popular em saúde trouxe ainda para Marcolino e outros trabalhadores, a consciência reflexiva, crítica do que seja saúde, em sua dimensão mais ampliada. Finalmente, seu relato Marcolino traz um questionamento importante para os trabalhadores, estudantes, professores, e para a sociedade: __ “O que atrasa uma nação: aquele que não sabe nada e não faz nada ou aquele que sabe de algo e não faz nada?” É nesse simples e profundo questionamento, que finalizamos o relato da experiência desse trabalhador que luta por melhorias de saúde, trabalho e vida. Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. : il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). PADILHA, W. W. N. (Org.). Relatos e vivências de educação popular. João Pessoa: Idéia; 2007. 134p. 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. 420p.

A experiência do Curso de Capacitação em Controle Social e Sistema Único de Saúde – SUS para integrantes do Fórum Estadual de ONG Aids da Paraíba

*Maria do Socorro Borges Barbosa
Hildevânia de Sousa Macêdo
Viviane Alves Machado*

O Curso de Capacitação em Controle Social e SUS é uma iniciativa da AMAZONA – Associação de Prevenção à Aids, em parceria com o Fórum de ONG’s AIDS do Estado da Paraíba. Este curso visa contribuir com o fortalecimento do Fórum ONG/Aids, através da promoção de formação em controle social da Política de Aids, junto a ativistas do movimento Aids representantes das ONG’s que compõem o Fórum. O curso é um espaço de formação na perspectiva do controle social para integrantes desta rede e uma estratégia de intercâmbio entre as organizações e movimento que trabalham com as DST/HIV/Aids, além de se propor a ser um espaço de articulação institucional para incentivar a reflexão do estado atual da epidemia da Aids, local, estadual e nacional e suas estratégias de enfrentamento, incentivando a atuação articulada para a promoção à saúde. A AMAZONA e o Fórum ONG/Aids contam com o apoio e contribuição do SEAMPO – Setor de Estudos e Assessoria aos Movimentos Populares da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, visando a assessoria técnica direta para facilitação do processo de formação de modo que se configure como um curso de extensão universitária. Diante disto, o Curso de Capacitação em Controle Social e SUS para Integrantes do Fórum Estadual de ONG’s Aids da Paraíba se justifica pela presente necessidade de capacitar as organizações não governamentais que compõem o Fórum ONG’s Aids para uma atuação cada vez mais qualificada nos espaços de controle social das políticas públicas de saúde, no sentido de uma atuação propositiva que incida no fortalecimento deste Fórum, visando alargar a participação popular no SUS, o acesso aos serviços de saúde com qualidade e humanização, para garantia dos direitos da cidadania das pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids, na perspectiva da integralidade, da equidade e da universalidade da saúde. O curso adota a perspectiva pedagógica da educação popular, a partir dos referenciais freirianos e da intencionalidade política do fortalecimento da educação popular em saúde.

O Curso de Capacitação em Controle Social e SUS é uma iniciativa da AMAZONA – Associação de Prevenção à Aids, em parceria com o Fórum de ONG’s AIDS do Estado da Paraíba. Este curso visa contribuir com o fortalecimento do Fórum ONG/Aids, através da promoção de formação em controle social da Política de Aids, junto a ativistas do movimento Aids representantes das ONG’s que compõem o Fórum. O Fórum ONG/Aids da Paraíba foi criado em 2001, agregando organizações não governa-

mentais que atuam na prevenção ao HIV/Aids e a outras Doenças Sexualmente Transmissíveis- DST e no apoio às pessoas que vivem e convivem com HIV/Aids. O Fórum ONG Aids da Paraíba tem estabelecido diálogo com os movimentos sociais, buscando a formulação de políticas públicas com ênfase na implementação do SUS, fortalecendo a descentralização das ações de prevenção e assistência ao HIV/Aids, bem como, tem participando da elaboração de proposições para o fortalecimento da política de saúde para as pessoas vivendo com HIV/Aids, atuando nas instancias de Controle Social (Conselhos de Saúde, Conferencias de Saúde, Conselhos dos Direitos das Mulheres, entre outras), realizando o monitoramento das políticas públicas, notadamente as políticas específicas para HIV/Aids. Articula-se com os movimentos sociais populares, buscando fortalecer a Saúde como Direito de todos, o SUS e seus princípios enquanto conquista social e seus instrumentos de Planejamento e Orçamento. Tendo em vista que hoje mais de 50% das pessoas infectadas pelo vírus da Aids não buscam o acesso da informação para confirmação do diagnóstico, e 10 milhões em todo o mundo não têm acesso a remédios e tratamento. O alerta está em novo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), que aponta para a necessidade de US\$ 10 bilhões para garantir o tratamento a todos. No mundo, 33,4 milhões de pessoas são portadoras do HIV, mas apenas um terço tem acesso a remédios. Isto reforça a premissa da necessidade de investirmos cada dia mais na prevenção ao HIV/Aids. Neste contexto, o Brasil vem se deparando com que a epidemia da Aids, deixando de ser somente uma questão de saúde e ganhando uma dimensão de problemática social, como demonstram os dados apresentados pelo Ministério da Saúde, com o seguinte panorama: de 1980 a junho de 2010, o país tem 592.914 casos registrados de Aids (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico. A análise por regiões demonstra que entre 1980 e junho de 2010 foram identificados 344.150 casos de Aids na Região Sudeste (58,0% dos casos acumulados no Brasil), 115.598 casos no Sul (19,5%), 74.364 casos no Nordeste (12,5%), 34.057 casos no Centro-Oeste (5,7%) e 24.745 casos na Região Norte (4,2%). Apontando-se as principais características ou tendências atuais da epidemia no Brasil, afirmando que, a epidemia da Aids no país tem sofrido transformações epidemiológicas significantes, caracterizando-se atualmente pelos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. Focando a questão na Aids no estado da Paraíba, de acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde - SES, de janeiro a maio de 2011, foram confirmados 83 casos de Aids no estado, sendo 52 no sexo masculino e 31 no feminino. O maior número de casos está em João Pessoa, com 31, Bayeux com sete casos e Santa Rita com seis casos. As outras notificações variam entre um e quatro casos no restante dos municípios onde a doença já foi diagnosticada. A faixa etária mais atingida é entre 30 a 39 anos com 29 casos; 40 a 49 anos, com 27 casos e 20 a 29 anos com 15 casos. Desde quando foi confirmado o primeiro caso de Aids na Paraíba, em 1985, até agora já são 4.773 casos da doença, sendo 3.164 em homens e 1.609 em mulheres. A estima que mais de 7,8 mil paraibanos tenham o vírus e não saibam. Trazendo o foco para o município de João Pessoa, segundo a Seção Municipal de DST/Aids, analisando os casos de HIV positivo (não são casos de Aids) no CTA Municipal de João Pessoa percebemos um ligeiro aumento de numero de casos de 2006 até 2008,

logo depois de 2008 a 2010 há uma pequena queda nos casos de HIV positivo, porem volta a crescer nos primeiros meses de 2011 (em 04 meses tivemos 25 casos de diagnóstico de HIV Positivo no CTA).¹ Fica claro na análise também a feminização da Aids em João Pessoa entre os anos de 2006 a 2010, porem em 2011 temos mais casos diagnosticados de HIV positivo em homens do que em mulheres. Fazendo um recorte para a juvenização do HIV/Aids, o levantamento feito entre adolescentes e jovens, realizado pela UNAIDS/Brasil 2010, com mais de 35 mil meninos de 17 a 20 anos de idade, indica que, em cinco anos, a prevalência do HIV nessa população passou de 0,09% para 0,12%. O estudo também revela que quanto menor a escolaridade, maior o percentual de infectados pelo vírus da Aids (prevalência de 0,17% entre os meninos com ensino fundamental incompleto e 0,10% entre os que têm ensino fundamental completo). Diante disto, o Curso de Capacitação em Controle Social e SUS para Integrantes do Fórum Estadual de ONG's Aids da Paraíba se justifica pela presente necessidade de capacitar as organizações não governamentais que compõem o Fórum ONG's Aids para uma atuação cada vez mais qualificada nos espaços de controle social das políticas públicas de saúde, no sentido de uma atuação propositiva que incida no fortalecimento deste Fórum, visando alargar a participação popular no SUS, o acesso as serviços de saúde com qualidade e humanização, para garantia dos direitos da cidadania das pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids, na perspectiva da integralidade da equidade, e da universalidade da saúde. O curso adota a perspectiva pedagógica da educação popular, a partir dos referenciais freirianos e da intencionalidade política do fortalecimento da educação popular em saúde. O curso é, portanto, um espaço de formação na perspectiva do controle social para integrantes desta rede e uma estratégia de intercambio entre as organizações e movimento que trabalham com as DST/HIV/Aids, além de se propor a ser um espaço de articulação institucional para incentivar a reflexão do estado atual da epidemia da Aids, local, estadual e nacional e suas estratégias de enfrentamento, incentivando a atuação articulada para a promoção à saúde. A AMAZONA e o Fórum ONG/Aids contam com o apoio e contribuição do SEAMPO – Setor de Estudos e Assessoria aos Movimentos Populares da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, visando a assessoria técnica direta para facilitação do processo de formação de modo que se configure como um curso de extensão universitária. O CURSO DE CAPACITAÇÃO EM CONTROLE SOCIAL E SUS PARA INTEGRANTES DO FÓRUM ESTADUAL DE ONG AIDS DA PARAÍBA, será estruturado em 5 módulos, em modalidade presencial e atividades institucionais, totalizando uma carga horária de 120 horas. A metodologia do curso pauta-se pelos princípios da educação popular, elegendo o principio ético do dialogo para construção do conhecimento, tomando em consideração os saberes, vivencias e experiências dos/as participantes do curso. Serão utilizadas como estratégias pedagógicas, dinâmicas de grupo; linha do tempo para histórico e contextualização da epidemia e atuação do movimento Aids no controle social na saúde; leitura e reflexão de autores que dialogam com a construção histórica do SUS; educação popular e saúde, elaboração de Planejamento Participativo e construção de instrumentos de monitoramento. Referências: Barros, E. 1994. **O controle Social e o processo de descentralização dos serviços de saúde**, pp. 29-37. In incentivo à participação popular e controle so-

cial no SUS (Textos técnicos para conselheiros de saúde). Ministério da Saúde, Brasília. □ Mendes, E. V. 2004. **O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda**. Rev Mineira de Saúde Pública. N 04, ano 03, Janeiro/Junho. Ministério da Saúde MS/SVS. Boletim Epidemiológico Aids DST . Ano VIII - Nº 01 26º à 52º semanas epidemiológicas – Julho à dezembro de 2010. Brasília, 2011. SUS: **O que você precisa saber sobre o Sistema único de Saúde**. 2004. vol 1. São Paulo: Atheneu, (Associação Paulista de Medicina). Valla VV 1998. **Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva**. Cadernos de Saúde Pública 14 (supl.2): 7-18. Calado, A. J. F; **Paulo Freire**: sua visão de mundo, de homem e de sociedade. EDIÇÕES FAFICA. CARUARU – 2001. Brose, M. Metodologia participativa. Uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre. Tomo editorial, 2001. Diaz, Bordenave. O que é participação. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. Demo, P. Participação é conquista. 5 ed. Cortez Editora, 2001. Freire, P, Jara, O, Rezende, V. Uma concepção metodológica dialética da educação popular. In: Movimentos sociais e educação popular no nordeste. Escola de Formação Quilombo dos Palmares. Série educação popular I. Recife, 2003. Vasconcelos, E. M. Redefinindo as práticas de saúde da educação popular nos serviços de saúde. IN: VASCONCELOS, E. M [Org]. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

A educação popular em saúde e sua contribuição para as práticas populares de cuidado

Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira

Reginaldo Alves das Chagas

Oswaldo Peralta Bonetti

Este trabalho objetiva refletir sobre as práticas populares de cuidado a partir de uma reflexão teórica-conceitual da construção de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde, processo este coordenado pelo Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde e pela Coordenação de Apoio a Educação Popular e Mobilização Social/DAGEP/SGEP/Ministério da Saúde. Nesta construção coletiva percebeu-se a necessidade de compreender como se definiam as práticas de cuidado dentro dessa perspectiva popular. Se por um lado, os coletivos, movimentos e práticas da EPS compreendem que as práticas populares de cuidado é um eixo fundamental para a educação popular em saúde, do outro lado, os múltiplos olhares, as diversas definições, atores e espaços contribuem para a dificuldade de delimitar um conceito em torno deste tema. Estas questões refletem na intencionalidade de construir um conceito das práticas populares a partir dos referenciais teóricos da educação popular em saúde e que sirva de apoio aos processos de diálogo sobre a educação popular. A análise das principais referências bibliográficas tanto as relacionadas à educação popular em saúde quanto a produção acadêmica sobre práticas populares de cuidado auxilia no levantamento de informações e reflexões a fim de construir estratégias de apoio aos processos de educação popular no Sistema Único de Saúde, especificamente no que diz respeito aos espaços de diálogo entre o Sistema e as Práticas Populares. Estas análises também servem de apoio para as reflexões sobre as mudanças do modelo de atenção a saúde.

Este trabalho objetiva refletir sobre as práticas populares de cuidado a partir de uma reflexão teórica-conceitual da construção de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde, processo este coordenado pelo Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde e pela Coordenação de Apoio a Educação Popular e Mobilização Social/DAGEP/SGEP/Ministério da Saúde. Nesta construção coletiva percebeu-se a necessidade de compreender como se definiam as práticas de cuidado dentro dessa perspectiva popular. Se por um lado, os coletivos, movimentos e práticas da EPS compreendem que as práticas populares de cuidado é um eixo fundamental para a educação popular em saúde, do outro lado, os múltiplos olhares, as diversas definições, atores e espaços contribuem para a dificuldade de delimitar um conceito em torno deste tema. Estas questões refletem na intencionalidade de construir um conceito das práticas populares a partir dos referenciais teóricos da educação popular em saúde e que sirva de apoio aos processos de diálogo sobre a educação popular. A análise das principais referências bibliográficas tanto as relacionadas à educação popular em saúde quanto a produção acadêmica sobre práticas populares de

cuidado auxilia no levantamento de informações e reflexões a fim de construir estratégias de apoio aos processos de educação popular no Sistema Único de Saúde, especificamente no que diz respeito aos espaços de diálogo entre o Sistema e as Práticas Populares. Estas análises também servem de apoio para as reflexões sobre as mudanças do modelo de atenção a saúde.

1. A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA AS PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADO: A educação popular tem sido considerada como uma perspectiva teórica orientadora da Educação em suas diversas realizações e nos variados cenários onde se desenvolve, incluindo também um arcabouço de princípios éticos orientadores das relações humanas forjadas no ato de educar. Neste contexto, considera-se como base os princípios para uma prática educativa emancipatória e um trabalho social útil e intencionalmente direcionado a promoção da autonomia das pessoas, da consciência crítica, da cidadania participativa, da promoção da equidade e da superação das desigualdades sociais. Têm-se como eixos a valorização da cultura popular, traduzida no respeito às iniciativas, idéias, 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. Dessa forma, a Educação Popular implica uma formação conectada com um olhar crítico para o mundo, sua realidade concreta e a necessidade de enfrentamento coletivo e solidário dos principais problemas percebidos. Para Stotz, David & Wong (2009) a base freiriana constitui um aspecto importante na EPS. O diálogo, a problematização e a ação comum entre os profissionais e as classes populares são aspectos centrais da pedagogia e concepção de mundo desses atores. Oliveira (2009) também afirma que: *“A característica que dá a singularidade à Educação Popular e também à Educação Popular e Saúde é a opção clara pelas classes populares, pela cultura popular como possibilidade de transformação, e do trabalho com as pessoas dessas classes; não no sentido vertical, mas horizontal em que todos ampliam sua compreensão de mundo no processo educativo.”* (Oliveira, 2009). Stotz, David & Wong (2005) ao discorrer sobre o eixo comum da Educação Popular em Saúde refletem sobre a práxis da educação popular em saúde a partir dos aspectos político, ético e do estético: *“No aspecto político, vemos uma postura crítica à injustiça, à desigualdade, ao neoliberalismo e ao capitalismo; no ético uma solidariedade com os excluídos e marginalizados, um interesse em “saber” com a razão e o coração e de unir reflexão e pesquisa à prática social e militância; e finalmente, no estético, a consciência da “boniteza”, ao dizer de Paulo Freire, como condição fundamental para uma experiência humana plena, transcendente e verdadeira.”* (Stotz, David, Wong 2005 p 19). De acordo com Stotz, David & Bornstein (2007) o diálogo entre as diversas concepções de saúde-doença o cuidado popular está implicado e nem sempre esse diálogo com as formas populares é consensual. No processo educativo popular sempre é priorizado a experiência e o saber das classes populares geralmente decorrentes de situação de exploração, vulnerabilidade e opressão. Dantas (2009), ao refletir sobre a educação popular no campo da saúde coletiva enfatiza o processo emancipatório dos sujeitos sociais *“como espaço de transformação ancorado na complexa realidade dos serviços públicos de saúde, promotor dos diálogos entre estes serviços e os movimentos sociais.”* Daron (2003) em sua dissertação de mestrado refletiu sobre a educação popular em saúde em torno de uma perspectiva dialética da história e do mundo. Esta perspectiva, segundo a autora, é: *“...aberta ao movimento de construção humana, dos projetos de sociedade*

e desenvolvimento. Ao mesmo tempo, traz uma concepção de ser humano integral, formado por várias dimensões que se articulam e se complementam: corporal, social, política, histórica e educativa. Uma abordagem de integralidade do ser humano coloca-se como exigência ética e política (enquanto opção) aos que atuam cotidianamente com pessoas, como é o caso, especialmente, das áreas da educação e da saúde.” (Daron, 2003). Neste contexto, ao discorrer sobre a Educação Popular em Saúde Vasconcelos (2001) aponta para uma questão essencial para a compreensão relacionada à sua relação com as práticas populares de cuidado: “Um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. 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. Este conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria prima da Educação Popular. A valorização do saber popular permite que o educando se sinta “em casa” e mantenha a sua iniciativa. Neste sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Na Educação Popular não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, se o processo de discussão se mantém vertical.” Compreende-se também nesta relação entre práticas populares de cuidado e a educação popular a responsabilidade de tornar o saber popular mais visível valorizado e passível de maior credibilidade. A educação popular em saúde trabalha para que as práticas populares de cuidado não fossem vistas como práticas negativas de um povo ignorante, mas como “saberes e a cultura deste povo” Arroyo (2009, p. 403).

2. AS PRÁTICAS E A OPÇÃO PELO TERMO PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADO:

Estas reflexões servem como ponto de partida para a necessidade da construção do conceito sobre práticas populares de cuidado em saúde. Reflete-se aqui tanto o ponto de partida para a compreensão do que seja as práticas populares quanto para as reflexões sobre o que seria uma prática de cuidado popular considerando a estratégia da educação popular em saúde. As práticas populares de cuidado podem ser identificadas como uma prática social isto é, uma construção que se dá no encontro entre diferentes sujeitos. Atuam na perspectiva do cuidado, compreendendo diversas interpretações do que seja o cuidado. Aponta para um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão, a escuta e o saber do outro, assim o sujeito é percebido em sua individualidade, mas também como pertencente a um determinado contexto sociocultural. Em cada contexto têm-se práticas muito diversas, mas que se identificam pela legitimação e emprego do saber popular. Valla (1998) ao refletir sobre a participação popular já apontava para a necessidade do diálogo entre profissionais e classes populares: “Há um acúmulo de conhecimentos resultantes da pesquisa científica, de um lado; e há um acúmulo de conhecimentos resultantes das experiências de vida, escolarização e luta políticas dos setores organizados da sociedade civil, do outro.” Oliveira & Moraes (2010) optaram por considerar as práticas populares de saúde todas que “... compreendem “qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica”, abrangendo práticas advindas da cultura popular, tais como o benzimento e as ligadas a religiões.” Na compreensão das práticas populares de cuidado observa-se a necessidade de reflexão sobre o termo do cuidado. Neste contexto considera-se o cuidado popular que está presente tanto nos espaços domésticos onde a prática se restringe à família, quanto fora do lar, com os agentes populares de saúde e as práticas nos espaços de diversas matrizes religiosas. Mas também outros espaços têm sido constituídos dentro do Movimento de Educação Popular em Saúde como espaços de cuidado,

numa perspectiva mais política e articuladora, a exemplo das Tendências da Educação Popular. Considera-se que as reflexões sobre a educação popular contribuem para a definição de um conceito relacionado às práticas populares de cuidado baseado nos princípios da educação popular. Neste contexto David, Bonetti & Silva (2010) apontam: *“A educação popular em saúde tem construído sua singularidade a partir da contraposição aos saberes e práticas autoritárias, distantes da realidade e orientados por uma cultura medicalizante impostos à população. O jeito de fazer saúde das práticas populares de cuidado tem demonstrado que as mesmas atuam ou constroem projetos terapêuticos dialogados, participativos e humanizados, acolhedores da cultura e do saber popular, reconhecendo o outro em sua essência e amplitude.”* (David, Bonetti & Silva, 2010). Sobre esta questão Daron (2010) em sua pesquisa junto ao Movimento de Mulheres Camponesas aponta que: *“A pesquisa e o Movimento, contudo, são reveladores de um conjunto de questões que nos fazem repensar os modos de vida, as relações de produção e de reprodução da vida, do trabalho, do poder e do saber e seus condicionantes no campo da saúde. Como experiências de resistência, revelam que os sujeitos das classes populares, com seus saberes, sua cultura, suas condições materiais, humanas e políticas, conseguem construir formas de organizar a vida e a saúde.”* Nas reflexões desta pesquisa, Daron (2010) expõe que nesta experiência as práticas podem estar no contexto das “redes sociais de saúde popular”, que utilizam a diversidade de terapias naturais, tradicionais, populares e integrativas para cuidar da saúde e da vida. Nesta reflexão, a autora reflete que destas práticas alguns desafios são apontadas à educação popular: *“Entre eles, um desafio fundamental é a necessidade de construção de um sistema público de saúde mais democrático, que seja capaz de ouvir a população, que cuide das pessoas como sujeitos, que enfrente as causas das doenças e que articule atores e possibilite a interseccionalidade. Outro desafio é a exigência ética de reconhecimento e fortalecimento das práticas populares tradicionais e integrativas de saúde, como formas de atenção à saúde que precisam de reconhecimento nas políticas públicas para repensar as políticas de saúde, para que não se apresentem como práticas marginais, mas legítimas. O reconhecimento, a autonomia e a potencialização são necessários para que se tornem cada vez mais reflexivas, a partir dos instrumentos da educação popular, e sejam qualificadas como processos construtores de vida, saúde e cidadania das mulheres e de grupos excluídos da sociedade.”* (Daron, 2010). Pode-se dizer que estes desafios apontados por Daron (2010) expressam a dimensão política do cuidar, baseados nas práticas populares. Contextualiza a Educação popular em Saúde ao protagonismo popular, refletindo sobre o conceito de participação política intrinsecamente relacionado às práticas populares de cuidado. Como bem expressam os autores abaixo: *“Evidencia-se a importância da integração entre saberes diversos, valorizando os saberes populares, considerando a ancestralidade e a cultura na produção de formas coletivas de enfrentamento, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da inserção destes saberes no SUS, tendo como compromisso o protagonismo e a participação popular. Além da participação política propriamente dita, a aproximação entre os serviços e práticas hegemônicas de saúde e as práticas populares de cuidado, desenvolvidas por parteiras, benzedeiras, raizeiros, nos terreiros e comunidades, para citar alguns exemplos, podem contribuir em muito com a implementação dos princípios do SUS, como a equidade, a integralidade e a humanização”.* **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Reconhecendo a importância e colaboração que as práticas populares de cuidado têm trazido aos processos de saúde-doença em nosso país, busca-se que por meio de uma Política de Educação Popular em Saúde tornar estas práticas visíveis e dialógicas junto à sociedade e aos serviços do SUS. Neste

contexto o cuidado é compreendido a partir dos saberes e práticas populares, da cultura, da tradição e do cotidiano como parte da vida. O ato de cuidar numa perspectiva popular significa mais que a assistência, pois envolve relações mediadas por saberes, afetos, solidariedade, confiança e continuidade. Envolve ainda a politicidade e o caráter emancipatório do cuidar: *“conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar.”* Nesta perspectiva, torna-se necessário também apontar os limites intrínsecos ao modelo tecnicista hegemônico e evidencia o contraste com as práticas modalizadas pela mercantilização da saúde. O cuidado popular vislumbra as possibilidades concretas de integralidade de saberes, de práticas, de sujeitos e de espaços terapêuticos. As práticas populares de cuidado trazem para o centro dos debates sobre a Educação Popular no Sistema Único de Saúde, os processos de cuidado amplos, integrais e coerentes com a história e cultura de um grupo específico. Considera-se que essa contribuição das práticas populares de cuidado para uma política nacional de educação popular em saúde em construção ocorre na proposta de realização da escuta dos grupos, movimentos e também dos agentes populares que ainda não estão articulados e organizados. Uma escuta a partir de suas práticas sem isolar do contexto da produção social da saúde, numa perspectiva da democracia participativa. Como explicitam os seguintes autores: *“O conceito de democracia participativa, quando referido à esfera das relações cotidianas, recupera o papel de cada sujeito como partícipe das decisões, dando sentido também ao conceito de co-responsabilização. No âmbito das relações da macroestrutura social, trata-se de construir um processo no qual possa chegar às arenas decisórias a voz do maior número possível de pessoas, em especial daquelas cuja voz é silenciada. Trata-se de uma visão dialética, que não isola a esfera do particular em relação ao plano geral das determinações históricas.”* (David, Bonetti & Silva 2010). Nesse sentido é possível uma construção compartilhada do conhecimento, com uma intermediação pedagógica entre os saberes científicos e populares e entre as diversas racionalidades. Contribuindo com a implementação de espaços de dialogicidade, fortalecidos com a co-gestão do cuidado, a promoção da equidade e a gestão participativa no SUS. **REFERÊNCIAS:** ARROYO, M. G. **Educação popular, saúde, equidade e justiça social.** Cadernos Cedes, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 401-416, set./dez. 2009. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Portaria Nº. 1256, de 17 de junho de 2009.** Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1256-%5B2941-120110-SES-MT%5D.pdf>, 4p. Acesso em: 24 jul. 2010. DANTAS, V.L. A. **Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas Cirandas da Vida**, 2010. Tese (Doutorado) –, Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Educação; Universidade Federal do Ceará, Ceará. DARON, V.L.P. **Educação, cultura popular e saúde: experiências de mulheres trabalhadoras rurais.** 2003. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo. LEITE, S.M.B; DAVID. H.M.S; OLIVEIRA, M.W.; BONETTI, O.P. CRUZ, P.J.C. & OLIVEIRA; S.C **Política Nacional de Educação Popular em Saúde e o fortalecimento das práticas e movimentos populares de saúde.** In: Mesa Redonda: Políticas Públicas e Educação Popular na Saúde. VII Colóquio Paulo Freire. Recife Pernambuco 2010. MINAYO, M. C. S. **Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia.** Cadernos de Saúde Pública, 4(4): 363-381, 1988. Disponível em:

<www.scielo.br/pdf/csp/v4n4/03.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2006. MINAYO, M. C. de S. **Saúde e doença como expressão cultural**. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, Maria C. G. B. (Org.). Saúde, Trabalho e Formação Profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. OLIVEIRA, E. R. de. **O que é medicina popular**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985. OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Apresentação - **Educação nas práticas e nas pesquisas em saúde: contribuições e tensões propiciadas pela educação popular**. Cad. CEDES, Campinas, v. 29, n. 79, Dec. 2009. DE OLIVEIRA, M.W, MORAES, J.V **Práticas Populares de Saúde e a Saúde da Mulher**. Revista de APS, América do Norte, 13, nov. 2010. Disponível em: <http://www.asp.ufjf.br/index.php/aps/article/view/723/387>. Acesso em: 01 Mar. 2011 OLIVEIRA, R. M. de; VALLA, V. V.. **As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2001000700016&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2001000700016. STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. & WONG UN, J. A. **Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social**. Revista de APS, 8(1): 49-60, 2005. Disponível em: <www.dtr2001.saude.gov.br/bvs/periodicos/outros.htm#>. Acesso em: 25 fev de 2011. STOTZ, E.N.; DAVID, H.M.S.L; BORNSTEIN, V.J. **Educação Popular em Saúde**. MARTINS. C.M.; STAUFFER, A.B. (org). Educação em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 71-100. VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, Ministério da Saúde, 1999b. VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, v.5, n.8, fev.2001Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832001000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 fev. 2011.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. VASCONCELOS, E.M. **A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular em saúde**. São Paulo. Ed. Hucitec. 2001.



V ENCONTRO
NACIONAL
DE EDUCAÇÃO
POPULAR
E SAÚDE

EIXO 2

AÇÃO COLETIVA

Hortas Mediciniais: um espaço estratégico de promoção da saúde

Alan Guimarães Botelho

Paulo Weber Pinto

Vítor Pordeus

Trabalho desenvolvido em comunidades da cidade do Rio de Janeiro, por iniciativa do núcleo de cultura, ciência e saúde da secretaria de saúde e defesa civil da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, utilizando hortas medicinais, em unidades de educação e saúde, como porta de entrada para o estímulo ao desenvolvimento de práticas integrativas, estreitamento de laços entre comunidade e instituições e atuação da educação popular em saúde.

A partir da iniciativa no Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde - NCC, coordenado pelo Doutor Vítor Pordeus, da Secretaria de Saúde e Defesa Civil da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, novas formas de promover saúde foram apresentadas com projetos desenvolvidos e experimentados pelos Agentes Culturais de Saúde, sendo atuantes no trabalho aqui descrito, os agentes Alan Guimarães Botelho e Paulo Weber Pinto, nas Escolas Populares de Saúde – EPS, estas distribuídas em diversas comunidades da Cidade do Rio de Janeiro. Inicialmente há um levantamento onde contatos são feitos com parceiros em potencial e no caso deste trabalho, conseguimos o apoio fundamental do Centro de Segurança Alimentar e do Programa de Plantas Mediciniais e Fitoterapia, ambos baseados na Fazenda Modelo, em ilha de Guaratiba. No território, as lideranças e, principalmente as potencialidades locais, são convidadas a participar de reuniões onde todos são livres para contribuir com seus dons, ideias e críticas, reuniões estas denominadas rodas de conversa onde articulações são planejadas com a finalidade de estreitar laços entre os moradores, instituições públicas ou não, atuantes na comunidade, e, com isso, estruturarem planos de ações culturais e artísticas, observando o resgate da ancestralidade, do patrimônio e tradições locais, como exemplos os blocos carnavalescos, as benzedadeiras e rezadeiras, mães de santo, músicos, poetas, cantores, artesãos entre outros. Associados ao trabalho com hortas medicinais estão a Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire e a Emoção do Lidar de Nise da Silveira e, baseado nestas referências, a horta após a sua implantação passa a ser usada como sala de convivência, como aconteceu nos experimentos em unidades públicas de ensino citando a Escola Municipal Cora Coralina situada no Mendanha, no bairro de Campo Grande, primeira horta implantada e divulgada em diário oficial em outubro de dois mil e nove, Escola Municipal Major Manoel Archer, em Jardim Palmares, Paciência, ideia que partiu de uma mãe de criança com Síndrome de Down durante uma das rodas de conversa, e esta foi chamada Horta Especial, pois o foco estava nas atividades com turmas de alunos portadores de necessidades especiais e após a construção dos canteiros com a participação de grande parte do corpo docente, direção e de alunos, houve a grande inauguração com plantio de mudas feito pelos alunos especiais num dia emocionante onde as

cadeiras de rodas foram postas de lado em troca de uma pequena pá de jardineiro e um saquinho com uma muda, e a Escola Municipal Raquel Kelly Lanera, em Manguariba, Paciência, onde houve expansão da horta produzindo, além das espécies medicinais também as olerícolas, e hoje é utilizada como banco de mudas para eventos posteriores. As ações ao entorno da horta visam à participação da comunidade escolar, também sendo aberta a todo público, onde os pequenos alunos participam do plantio de sementes e mudas com animadas músicas combinadas com experimento de odores e propriedades das plantas. Como boa parte das plantas medicinais é conhecida como condimento, mais esta vantagem é utilizada pela escola na confecção da merenda. Oficinas de produção de mudas integram pais, professores e alunos em uma rica sala de convivência favorecida pela diversidade discutindo-se reaproveitamento de resíduos orgânicos em compostagens, de materiais como garrafas pet e outros recipientes descartáveis como vasos para produção de mudas, o que proporciona uma troca de conhecimentos e experiências, pois todos têm a liberdade de expor as suas idéias favorecendo o estímulo ao desenvolvimento do ser crítico e criativo, tudo isto regado a uma boa degustação de chás quentes e gelados e sucos naturais. O projeto inicial de hortas em unidades públicas de ensino foi estendido a unidades públicas de saúde como a Clínica da Família Doutor Hans Jürgen Fernando Dohmann, em Praia da Brisa, Guaratiba, onde ocorreram oficinas de produção de mudas com alunos de uma instituição particular de ensino da localidade, sendo reproduzida para os pais em uma feira de ciência realizada na escola, e no Centro Municipal de Saúde Cyro de Mello em Manguariba, Bairro de Paciência, unidade esta que, em uma das oficinas em sua horta, começou a amadurecer a idéia de uma caminhada para conhecer as ruínas de uma antiga fazenda de café na localidade, construída e mantida por mão de obra escrava em sua época. Esta caminhada ficou conhecida como Caminhada Histórica e contou com a participação de um grupo da terceira idade, professores, agentes de saúde e artistas locais caracterizando uma grande variedade de saberes o que proporcionou um percurso com muita música e informação sobre o local que estava sendo visitado, valorizando o importância do posicionamento histórico e ancestralidade da comunidade. Eventos como este, mostram a capacidade de articulação e criação quando há o convívio com a diversidade, lembrando Nise da Silveira: “o que cura é a falta de preconceito”. Desta forma, em uma visão verdadeiramente holística, no estímulo à consciência e à preservação do meio ambiente e sustentabilidade, no desenvolvimento e prática da cidadania obtém-se o exercício pleno do equilíbrio e da potencialidade da mente e do corpo, ficando clara uma verdadeira forma de promover e incentivar a educação popular em saúde.

Resumo da experiência do grupo de expressões artísticas “As Dengosas”

Alcione Gama da Silva
Marilian Boachá Sampaio

Grupo de Expressões artísticas “as Dengosas” criado em 2012 por agentes de saúde ambiental e agentes comunitários de saúde do Distrito sanitário II da Secretaria Municipal de Saúde de Recife-PE.

Este projeto conta com o apoio da GOVS (Gerencia Operacional da Vigilância à Saúde) e da Educação em Saúde do Distrito Sanitário II da Prefeitura do Recife. O Grupo foi criado por agentes comunitários de saúde e agentes de saúde ambiental do distrito sanitário II da secretaria municipal de saúde da prefeitura municipal de Recife com finalidade de trabalhar a educação em saúde de forma popular com paródias produzidas pelos servidores e apresentadas nos espaços públicos e aparelhos sociais do DSII. O mérito do grupo é reconhecido pela satisfação dos servidores que fazem parte da ação e dos usuários que assistem aos espetáculos. Pois, há uma visível mudança na ação cotidiana dos envolvidos todos se sentem leves e passam as informações em saúde como se estivessem brincando configurando uma ação emancipadora do servidor que apesar dos problemas nas micro-areas e da insatisfação financeira nestes momentos se refazem como profissionais e, sobretudo como ser humano. Inicialmente foi montada uma apresentação musical com paródias de músicas brasileiras, com os temas “dengue” e “lixo”, composta por quatro composições dos ASACEs integrantes do grupo. Iniciaram-se as apresentações em escolas, creches, centros comunitários e outros eventos realizados por entidades governamentais. São realizados ensaios semanais do grupo com intuito de aprimoramento nas apresentações e mobilização dos envolvidos. Além disso, far-se-ão outras composições com temas como filaríose, leptospirose, tuberculose, hanseníase e outras doenças e agravos que acometem a população recifense e que são trabalhadas pela vigilância em saúde da cidade. Objetiva-se também, a formação de peças teatrais de caráter popular com os mesmos temas de promoção e atenção a saúde da população. Será montado, ainda, um cronograma de atividades mensal de apresentação nas escolas com o objetivo e atender a todas ou ao máximo de escolas possíveis no período de um ano. Além disso, as apresentações são também abertas a outros convites de eventos voltados a promoção da saúde tanto no âmbito público como privado. Acreditamos na força da educação e, estamos aliando esse pensamento com a saúde da população, o Grupo de Expressões Artísticas “As Dengosas” objetiva estimular as pessoas a agir de forma pró-ativa quanto a sua condição humana, sejam elas profissionais ou usuários da saúde, voltando-se aos cuidados com esta e com o ambiente. Dando ênfase à educação popular em saúde. Por fim, queremos com este projeto estabelecer uma ligação direta entre a educação em saúde e a cultura popular, como forma de atenção e promoção à saúde no distrito sanitário II, na cidade do Recife, transformando a vida das pessoas em momentos mais leves e ao mesmo tempo cheios de informações e sem culpabilização da população atendida.

Dramatização como estratégia de promoção ao consumo de frutas voltadas a alunos da Educação Infantil: prática acadêmica da disciplina de educação

Alessandra Bento Veggi

Camila Del'aglio

Fabiane de Souza Mendes

Iula Vasco Sant'ana

Karla Lisboa Scremim da Matta

Laís Aparecida Muniz Coutinho

Luana Bento da Silva Pereira

Lydianne da Silva Vargas

Paola de Lima Moura

Thaís Araújo Rocha

Thais Souza Marcolino

Thaissa Silva Paz Rodrigues Penna

Thetis Helena Quirino Jesus Sousa

Yasmim Campos Coelho

Juliana Colbert Brasil

Cecilia Fernandes

Introdução: As crianças representam um grupo etário vulnerável ao ambiente contemporâneo promotor de opções alimentares pouco saudáveis, dentre os quais se destacam o apelo da indústria de alimentos, das redes de *fast food*, da publicidade de alimentos, dos filmes e dos jogos e da própria programação de TV. Esse conjunto de evidências vem tornando as crianças cada vez mais sedentárias e submetidas a um consumo nutricional inadequado, levando a um adoecimento precoce, sendo bastante comuns nessa fase os desvios nutricionais (baixo peso, sobrepeso/ obesidade e as anemias). O espaço escolar representa um ambiente privilegiado para que crianças desenvolvam conhecimentos e competências que lhes permitam interiorizar comportamentos mais saudáveis, já que exerce uma grande influência sobre seus alunos nas etapas formativas e mais importantes de suas vidas. Os primeiros anos de vida representam um período crucial para a aquisição de conhecimentos e habilidades, motivo pelo qual é importante promover o desenvolvimento infantil nessas instituições, onde as crianças permanecem por longos períodos e durante uma fase fundamental do seu crescimento e desenvolvimento. Uma alimentação saudável é pré-requisito

para o crescimento e para o desenvolvimento infantil, proporcionando nos primeiros anos de vida a energia e os nutrientes necessários para o bom desempenho de suas funções e para a manutenção de um bom estado de saúde. A escola deve ser uma aliada no processo, fornecendo ou estimulando o consumo de alimentos adequados para uma dieta saudável, segura, diversificada e atraente além de tornar agradável e prazeroso o momento da alimentação, incentivando os pequenos e dando a eles a oportunidade de escolha dos alimentos que irão consumir. Objetivos: Assim, o presente trabalho tem como objetivo apresentar uma estratégia de educação nutricional desenvolvida para crianças de 3 a 6 anos de idade em dois turnos em uma escola particular voltada a educação infantil. Metodologia: A partir de um processo de construção coletiva na disciplina de Educação Nutricional, as alunas desenvolveram uma peça teatral cujo objeto central era o estímulo ao consumo de frutas. Usando como pano de fundo uma estória bastante presente no universo infantil, princesas e bruxas mostraram o poder das frutas na saúde das pessoas. A partir do encontro das princesas para um piquenique, princesas eram seduzidas por bruxas a alterar sua alimentação incorporando alimentos processados e ultra-processados. A princesa que modificava seu comportamento sentia-se menos disposta e aumentava o peso, mas foi persuadida pelas outras a voltar a se alimentar de forma saudável. No final da estória, a transformação acontece mostrando que é possível alterar um comportamento que faz mal a saúde. Ao final da estória, frutas de bola de látex foram distribuídas entre as crianças e um folder com informações sobre alimentação saudável foi encaminhado aos responsáveis. Resultados e discussão: A atividade foi idealizada por alunas do 6º período do Curso de graduação em Nutrição como espaço de prática da disciplina Educação Nutricional. Cerca de 40 alunos participaram da atividade, sendo 20 crianças no turno da manhã e 20 no turno da tarde. Em alguns momentos da estória, as crianças eram convidadas a participar e emitir suas opiniões. Considerando a linguagem adaptada ao público e a identificação com os personagens, o grupo mostrou-se sensibilizado e participaram ativamente da estória, apontando suas frutas preferidas e discutindo a importância desses alimentos para saúde. O referencial para ação de educação em saúde no espaço escolar deve ser o desenvolvimento do educando, com base em uma prática pedagógica participativa, tendo como abordagem metodológica a educação em saúde transformadora (Catrib et al., 2003). É importante que tais práticas observem princípios que advogam na adoção de práticas alimentares saudáveis no espaço escolar, criando um clima prazeroso para aprendizagem e vivência de valores humanos como o reforço do sujeito social para capacitá-lo a cuidar de si e agir em grupo e em defesa da promoção da saúde e estímulo à participação como algo inerente ao viver coletivo. Conclusão: O sucesso verificado com esse tipo de estratégia, nos leva a acreditar que a dramatização representa uma excelente estratégia de educação nutricional para crianças até 6 anos, estimulando o potencial dialógico com esse grupo etário sobre o tema proposto. Espera-se que atividades dessa natureza sendo desenvolvida junto a outras ações no espaço escolar auxiliem na redução dos índices de obesidade e doenças crônicas associadas na população infantil e nos ciclos subsequentes da vida.

Aconchego: contribuições da pausa pós-prandial no processo de aprendizagem

Celia Caldeira Fonseca Kestenberg

Márcia Maria Americano dos Santos Reis

Aline Cristina Monteiro Guimarães

O Aconchego é uma modalidade terapêutica desenvolvida pelo Projeto intitulado Oficina de Criação, da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Ele é um espaço onde se acolhe estudantes da própria faculdade na hora do almoço (11:30 às 13:20) com o objetivo de relaxar, meditar, dormir e/ou descansar para assim continuarem suas atividades acadêmicas no período da tarde, visto que a FENF/UERJ tem uma jornada de horário integral que gera desgaste físico e emocional, influenciando na saúde e no aprendizado.

Introdução: Na Faculdade de Enfermagem da UERJ (FENF/UERJ) existe um Espaço de Cuidado ao corpo social da mesma, denominado Oficina de Criação. O Aconchego é uma das diferentes modalidades terapêuticas ali desenvolvidas. É realizada diariamente na hora do almoço, a fim de suprir uma das necessidades básicas do ser humano, resgatando um costume cultural no Brasil, a sesta. Esta atividade teve início há 12 anos a partir da observação do hábito de trabalhadores e alunos durante o horário do almoço. Foi percebido que eles se utilizavam de bancos dos corredores para realizar o descanso e em posições inadequadas. Tal situação nos levou a pensar que as pessoas estavam sinalizando uma necessidade de saúde, e que se fazia necessário criar um espaço formal onde o corpo social da Faculdade pudesse descansar adequadamente, durante a pausa para o almoço (11:30 as 13:20h). O espaço do Aconchego é uma sala azul, possui colchonetes, lençóis, almofadas, ar condicionado e música ambiente. O participante pode relaxar, dormir, meditar, enfim aconchegar-se e sentir-se atendido em sua necessidade de sono pós prandial. Recebendo esses estudantes, temos um bolsista que se encarrega de arrumar a sala e orientar os que chegam. **Objetivos:** identificar os efeitos da pausa pós prandial no cotidiano dos acadêmicos. **Metodologia:** Estudo descritivo quanti-qualitativo. O instrumento de coleta de dados foi um questionário, semi-estruturado contendo oito questões fechadas e 1 questão aberta, contabilizando nove questões. A população alvo foram os alunos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, que estiveram no Aconchego no período de Agosto e Dezembro de 2011. A amostra totaliza 53 respondentes. Utilizou-se a estatística descritiva para análise dos dados. **Resultados:** Foram evidenciados os seguintes resultados: 66,04% dizem ficar mais relaxados e com energias renovadas; 39,62% referem maior disposição e rendimento nas aulas à tarde; e 49,06% relatam sensação de bem-estar. **Conclusão:** Os resultados apontam para a importância do Aconchego, fundamentalmente, pela jornada de horário integral que gera desgaste físico e emocional, influenciando na saúde e no aprendizado. Grande parte considera que a sesta pode gerar relaxamento, aumento de energias e sensação de bem estar. Considerando que a FENF/UERJ é um

lugar onde se aprende sobre o cuidado humano, valoriza a importância do acolhimento de necessidades humanas básicas do paciente, fica evidente essa coerência entre o que é ensinado sobre o cuidado e o que é vivido na faculdade podendo ajudar os futuros enfermeiros a generalizar esta experiência para as diferentes instituições de saúde onde irão trabalhar concorrendo assim, para as reflexões sobre o cuidado que deve ser dispensado a quem cuida.

Grupo Saúde e Participação Comunitária: uma experiência em educação popular na Vila Olímpica da Maré

Amanda Andrade Mendonça

Roberta Gadelha

Maria da Conceição Rodrigues

O grupo de responsáveis foi idealizado a partir de uma demanda anterior do Projeto de Complementação Alimentar (PCA) da Vila Olímpica da Maré (VOM) que indicou a necessidade de ampliação da proposta abrangendo não apenas as crianças de baixo peso, como também suas famílias quando estas apresentam questões sociais e de vulnerabilidade sócio-econômicas. Diante desta questão, foi demandada a construção de uma equipe multiprofissional (coordenação, nutricionista, assistente social, agentes de segurança alimentar) para atender os sujeitos envolvidos no PCA de forma integral. O grupo tem como premissa a participação dos pais/responsáveis como forma de incentivo ao melhoramento do estado nutricional de seu filho e /ou familiares; exemplo: oficinas culinárias com nutricionista e agentes de segurança alimentar. Além de instrumentalizar os participantes do grupo, estimulando sua consciência crítica e o exercício de sua autonomia frente às decisões de saúde no âmbito individual e coletivo, configurando-se assim, como sujeitos de suas próprias vidas.

INTRODUÇÃO

O grupo de pais e responsáveis foi idealizado a partir de uma demanda percebida no Projeto de Complementação Alimentar (PCA). Vinculado à Área de Saúde e Nutrição da Vila Olímpica da Maré (VOM), o PCA busca melhorar o estado nutricional de crianças e adolescentes, por meio do fornecimento de alimentos fortificados, combatendo a desnutrição e carências nutricionais associadas.

No entanto, entendendo a natureza multifatorial relacionada às questões de insegurança alimentar, percebeu-se a necessidade da compreensão do contexto sociocultural que envolve as famílias inseridas no projeto. Para Soares (2004), por exemplo, a criança desnutrida provém de uma família mais exposta ao risco social. Barros (2000) dimensiona que os fatores de risco associados à desnutrição incluem, além de aspectos relacionados à alimentação, outros ligados ao cotidiano da família e da criança. Essas questões apontaram a necessidade da ampliação da proposta visando o atendimento integral aos inscritos, o que possibilitou a criação do grupo “Saúde e participação comunitária”.

A Educação Popular como Instrumento de participação

A Educação Popular na Saúde implica em atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social

e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos.

Ao mobilizar as autonomias individuais e coletivas, a educação popular abre a alteridade entre os indivíduos e movimentos na luta por direitos, o que contribui para ampliação do significado dos direitos de cidadania, instituindo o crescimento e mudança na vida cotidiana das pessoas.

A partir do referencial teórico-metodológico da educação popular tomamos como ponto de partida em nossas atividades com o grupo de pais a problematização da realidade que serve como referência para um dispositivo de crítica social e situações vivenciadas por indivíduos, grupos e movimentos, o que permite a visão de fragmentos que estavam invisíveis e ideologicamente naturalizados como realidades favorecendo a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social.

Portanto, as ações de Educação Popular em Saúde impulsionam movimentos voltados para a promoção da participação social no processo de formulação e gestão de políticas públicas de saúde direcionando-as para o cumprimento efetivo dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social.

Desta forma, o trabalho de educação em saúde desenvolvido com o grupo de pais tem contribuído para a reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento entre cultura popular e científica. Contribuindo para a construção de um espaço onde *“ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”* (FREIRE, 2001).

Diante do contexto apresentado acima, concordamos com o pensamento de Freire *“ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se construindo na experiência de várias e inúmeras decisões que vão sendo tomadas”* (FREIRE, 1996).

Objetivo Geral

Aproximar os pais/responsáveis das crianças e/ou adolescentes que participam do Projeto de Complementação Alimentar (PCA) do cotidiano do projeto com intuito de promover a melhoria do estado nutricional das crianças inscritas.

Objetivos específicos

- Oportunizar um espaço de troca e interação social com os responsáveis para uma compreensão das especificidades do PCA;
- Sensibilizar a família dos inscritos no projeto sobre a questão da desnutrição, baixo peso ou risco nutricional no que tange o desenvolvimento das crianças e /ou adolescentes;
- Incentivar os responsáveis pelos inscritos no PCA a desenvolverem certa autonomia para o preparo de uma alimentação mais saudável, que considere suas possibilidades e cultura alimentar;

- Oportunizar debates em torno da Política de Segurança Alimentar e Nutricional, dentro da perspectiva do direito humano a uma alimentação adequada, problematizando as situações de violação a este direito;
- Favorecer a criação de espaços para interação e mobilização social.

Metodologia

São realizados encontros/ reuniões mensais com os pais/responsáveis dos inscritos no PCA, que geralmente, acontecem na última 6ª feira de cada mês. Os encontros se dão em forma de oficinas de educação em saúde em uma perspectiva de educação popular, visto que ao iniciar os encontros os participantes trazem sua visão sobre a temática a ser trabalhada.

Esta perspectiva traz uma dimensão de igualdade das relações entre profissionais de saúde e a população da Maré; Oportuniza a valorização do saber popular; Propicia ainda a junção dos conhecimentos, possibilitando um aprendizado mais rico, tanto para os participantes como para os profissionais. Dentre inúmeros temas trabalhados destacamos: A história da Maré; Alimentação saudável; Direitos sociais; Conhecendo nosso projeto; Agricultura Urbana.

Resultado Esperado

Acreditamos que o trabalho voltado para uma perspectiva de educação em saúde de forma horizontal terá um resultado que em longo prazo transformará as relações sociais dentro e fora da Vila Olímpica da Maré. Esperamos que os participantes do grupo de pais se apropriem das discussões em torno dos direitos e do acesso universal a uma alimentação saudável e segura, e que busquem por seus direitos e de seus filhos a partir de movimentos coletivos, de resistência às determinações sociais. E que a partir da valorização de seus saberes e suas culturas desenvolvam autonomia frente a sua saúde.

Um dos resultados já conquistados foi o desdobramento do grupo de pais a partir das discussões em torno da agricultura urbana. Foi o movimento dos responsáveis em torno do plantio de algumas mudas de flores, frutos, legumes, etc. Também houve um grande interesse nas oficinas oferecidas pela cooperativa Roça (funciona do Morro do Timbau- Maré) e por uma visita à horta comunitária do CIEP Elis Regina. Alguns responsáveis se mostraram tão interessados que destacaram que gostariam de desenvolver no espaço da Vila Olímpica da Maré uma pequena horta comunitária, reiterando também uma cooperação solidária à horta comunitária que já existe no CIEP.

A equipe de nutrição do PCA realizou algumas articulações com integrantes de cooperativas que lidam com a agroecologia na busca de auxílio e orientações a respeito dos recursos e insumos necessários para início do projeto na VOM.

Construção e Junção de Saberes: algumas atividades evidenciadas através de apresentação das temáticas trabalhadas e fotos.

20/05/2011

Reunião com o Grupo de pais: Saúde e participação Comunitária.

Demos continuidade à discussão iniciada em encontros anteriores sobre a construção da cidadania e autonomia dos sujeitos através da compreensão das relações estabelecidas com a terra. Contamos com a participação de um morador da comunidade que falou sobre sua experiência com o desenvolvimento de hortas urbanas, ele trouxe mudas de plantas e sementes, plantamos algumas no canteiro da vila, foi um momento oportuno para troca de saberes. Finalizamos o encontro, com descontração e confraternização, oferecendo aos responsáveis o bolo da vida e suco, explicamos a importância do lanche para recuperação do peso e contribuição para o desenvolvimento saudável de seus filhos.

17/06/2011

Reunião com o Grupo de pais: Saúde e participação Comunitária.

Temática: “Conhecendo e participando do projeto”. Apesar do projeto ser destinado às crianças e adolescentes, achamos interessante trabalhar a idéia de que o projeto deve envolver as famílias, para tanto, conversamos sobre alguns aspectos importantes que permeiam a temática de saúde dentro da idéia do projeto de complementação alimentar. Pontuamos o porquê do surgimento do projeto, a construção do comportamento alimentar nas famílias, relação entre desnutrição na infância e obesidade na fase adulta. Destacamos ainda a importância de uma alimentação saudável, mesmo em casos de baixo peso e risco nutricional. Finalizamos com a avaliação e diagnóstico nutricional dos pais, e com orientações gerais sobre alimentação. Incentivamos também a participação deles em atividades da vila, com devidos encaminhamentos para nutricionista do Espaço saúde.

29/07/2011

Reunião com o Grupo de pais: Saúde e participação Comunitária.

Temática: Retomamos a discussão iniciada em encontros anteriores sobre a construção da cidadania e autonomia dos sujeitos através da compreensão das relações estabelecidas com a terra, como elas podem influenciar as relações sociais e nossa alimentação. Para tanto realizamos uma visita na horta comunitária do CIEP Elis Regina. Os cuidadores da horta conversaram com os pais sobre suas principais dificuldades, e buscamos com esse encontro fomentar a participação dos mesmos na horta que é da comunidade.

26/08/2011

Reunião com o Grupo de pais: Saúde e participação Comunitária.

Tema: **Construindo nosso projeto**

O grupo foi um espaço de escuta aos pais e de fomento a participação ativa dos mesmos no projeto. Ouvimos as percepções trazidas por eles a respeito do projeto de maneira geral e da aceitação do lanche oferecido. Também foi um momento, onde tentamos planejar juntos possíveis atividades com vistas à

melhoria das nossas ações, para isso trocamos experiências, idéias e receitas também. Para finalizar, devido a uma demanda trazida pelos responsáveis, realizamos uma oficina culinária simples de ser realizada em casa, com o objetivo de auxiliar no ganho de peso dos inscitos no projeto. Utilizamos as doações do Banco Rio de Alimentos.

Referências bibliográficas

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Lei No 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, 2006d.

FERNANDES, F.L. Redes de valorização da vida. Rio de Janeiro, Obeservatório de Favelas, 2009.

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

_____. Pedagogia do Oprimido. 31.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

Educação População: a contribuição da psicologia na estratégia saúde da família

Amanda Mendes Silva

Cassiana Morais de Oliveira

Camila Dellatorre Borges

Ricardo Gorayeb

Introdução: A atuação da Psicologia junto a Estratégia Saúde da Família pode contribuir na promoção de saúde da comunidade e oferecer espaços para a Educação Popular. Esta é apontada como importante ferramenta de produção de saúde no espaço comunitário e de grande relevância ao olhar a saúde da família e comunidade enquanto uma forma de compreender o indivíduo em seu contexto sociocultural, levando em consideração seus saberes e experiências. Objetivo: Relatar as ações desenvolvidas por psicólogos de um Programa de Aprimoramento Profissional em Promoção de Saúde na Comunidade dentro de Unidades de Saúde da Família, em uma cidade de médio porte, do interior do estado de São Paulo . Descrição metodológica: No período de fevereiro de 2011 a maio de 2012 foram realizadas ações por psicólogos nas unidades de saúde da família, tais como: visitas domiciliares, atendimentos individuais, grupos informativos e de socialização. As intervenções foram propostas a partir de identificação de necessidades da população e planejadas conjuntamente com a equipe de saúde com o intuito de auxiliar os usuários na apropriação e empoderamento de seu cuidado em saúde e compreensão de suas demandas, ampliando contudo o vínculo das famílias/ sujeito ao serviço de saúde. Resultados: A atuação do psicólogo nesses âmbitos junto à Educação Popular possibilitou alcançar debates em torno de temas para além da saúde e cidadania. O objetivo de toda prática profissional esteve em criar um diálogo entre o saber popular e o dos profissionais. Além disso, o contato longitudinal com a população através das visitas domiciliares, grupos e atendimentos individuais auxiliou no desenvolvimento de maior autonomia, interação de saberes, do despertar das potencialidades comunitárias e estímulo à reflexão integral do ser. Considerações Finais: A partir de uma visão ampliada de saúde, com ênfase na promoção, foi possível desenvolver atividades que se voltassem para a integralidade do sujeito. Também possibilitou ao psicólogo transformar sua técnica ao adotar uma postura crítica e reflexiva que viabilizou as potencialidades da comunidade de maneira autônoma e dinâmica.

Educação Popular em Saúde: uma revisão integrativa sobre as práticas desenvolvidas fora do contexto institucional

Ângela Fernandes Leal da Silva
Magda Guimarães de Araujo Faria
Sonia Acioli
Laís Paiva das chagas
Ariane Faleiro Luiz

Introdução: Este estudo tem como objetivo identificar as práticas de educação popular em saúde desenvolvidas em espaços não institucionalizados a partir das produções científicas nacionais. Vale ressaltar que estudos referentes à temática “educação em saúde” são extremamente explorados, entretanto, estudos sobre educação popular em saúde em ambientes não institucionalizados são escassos. Metodologia: Estudo realizado a partir da análise das produções científicas por meio de revisão integrativa. Para pesquisa foram consultadas as seguintes bases de dados on-line: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizou-se na busca o termo “educação popular”. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2012, para a análise e compreensão das informações foi elaborado um instrumento com as seguintes variáveis: periódico, ano de publicação, autores, método da pesquisa, cenário, descrição contidas nos artigos relativas a temática. Resultados: Obteve-se inicialmente um total de 170 publicações. Por conseguinte, foram selecionados 14 artigos completos. Após o refinamento, o universo do estudo restringiu-se a quatro artigos. Essa quantidade denota o reduzido número de publicações relacionadas às práticas de educação popular em saúde fora do contexto institucionalizado. Foi encontrado um artigo publicado em 1998, um em 2007 e dois em 2009; sendo todos em periódicos indexados de caráter multidisciplinar e de autoria de pedagogas, assistentes sociais, filósofos e enfermeiras, respectivamente. Quanto ao método aplicado foram encontrados: um estudo no formato pesquisa ação, três estudos qualitativos. Os cenários dos estudos consistiram em um povoado rural, um centro comunitário e dois de caráter mais abrangente que não se restringiram a delimitações espaciais, e tiveram como cenário a realidade de movimentos sociais. Os estudos foram realizados um em Minas Gerais, um no Rio Grande do Sul e dois em São Paulo. Os resultados apresentados demonstram um reduzido número de publicações sobre a temática, após a análise das variáveis contidas no instrumento identificou-se a natureza intersetorial destas práticas que vem de encontro ao conceito ampliado de saúde. Por conseguinte, as descrições dos resultados dos trabalhos analisados destacam a relevância da mesma junto aos sujeitos e a coletividade. Conclusão: Após percorrer todos os passos metodológicos, pôde-se concluir que de acordo com os textos analisados a prática da educação popular em saúde desenvolvida em espaços não institucionalizados prioriza realidade concreta buscando a cons-

trução compartilhada de estratégias de enfrentamento que impulsionem a ação. Destaca-se à necessidade de considerar a diversidade e peculiaridades dos grupos sociais envolvidos estimulando organização e a luta pelos direitos de cidadãos. Os resultados evidenciam a capacidade transformadora das práticas de educação popular em saúde na modificação pessoal dos sujeitos envolvidos a partir da conscientização, culminando na transformação social. Sem a pretensão de esgotar o assunto propõe-se a realização de novos estudos, que contribuam para maior visibilidade das práticas de educação popular em saúde fora do contexto institucional.

Introdução: A educação popular é compreendida como campo científico em constituição no qual existem princípios fundamentais que o tornam diferenciado e que servem de elementos para identificar aquilo que lhe é peculiar, despertando sentimentos de pertencimento por parte dos envolvidos. Neste sentido, a “educação popular em saúde diz respeito a setores, disciplinas e projetos de intervenção, cuja matriz teórica, conceitual e metodológica tem bases na educação popular”⁽¹⁾. A educação popular em saúde através de uma prática problematizadora busca apoiar os processos de mobilização e tomada de consciência crítica dos sujeitos sobre o processo saúde-doença e visa a transformação para uma sociedade mais justa e igualitária⁽²⁾. A educação popular procura trabalhar pedagogicamente os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado, incentivando, dessa maneira a capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento⁽²⁾. Um dos princípios fundamentais da educação popular é a tomada do saber anterior das classes populares como ponto de partida para o processo pedagógico. Além disso, não basta que o conteúdo discutido seja inovador, se o processo de discussão se mantém verticalizado⁽³⁾. Nesse sentido, busca-se uma relação entre os saberes científico e popular, conduzindo a uma prática horizontal, dialogada e democrática, visando proporcionar mudanças na realidade⁽²⁾. No Brasil, a educação popular em saúde se constituiu e se disseminou a partir da década de 1970, principalmente pela ação militante de profissionais de saúde, trabalhadores sociais e movimentos comunitários que em suas lutas pela saúde aplicavam o saber e a experiência acumulados, desde o final da década de 1950, pelo movimento da educação popular⁽⁴⁾. Desde então, a educação popular em saúde, não se restringe a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas a intensificação da participação popular e uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde praticada em diversos ambientes⁽⁵⁾. As práticas educativas podem ser realizadas em diversos cenários, dentre os quais espaços não institucionalizados. Vale ressaltar ainda que estudos referentes à temática “educação em saúde” são extremamente explorados e difundidos, entretanto, estudos sobre educação popular em saúde em ambientes não institucionalizados são escassos. Nesta perspectiva formulou-se a seguinte questão norteadora: o que a produção científica nacional trás sobre a prática da educação popular em saúde fora do contexto institucional? O presente estudo visando responder a esse questionamento tem por objetivo: identificar as práticas de educação popular em saúde desenvolvidas em espaços não institucionalizados a

partir das produções científicas nacionais. Metodologia: Estudo realizado a partir da análise das produções científicas por meio de revisão integrativa. Optou-se pelo método revisão integrativa por possibilitar síntese de múltiplos estudos publicados a respeito de uma área particular de conhecimento⁽⁶⁾. No entanto, para que a revisão integrativa possa contribuir para a construção de saberes, existem padrões de rigor a serem seguidos que correspondem a seis etapas. A primeira etapa refere-se à identificação do tema e à formulação da questão norteadora. Por conseguinte, estabeleceram-se os critérios de inclusão e exclusão dos estudos a serem selecionados: entre as produções brasileiras encontradas, instituiu-se como critério de inclusão artigo em texto completo pertinentes ao tema do estudo. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: indisponibilidade de acesso, publicação em mais de uma base de dados e inconsistência com o objeto de estudo. Para pesquisa foram consultadas as seguintes bases de dados on-line: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foi utilizada a seguinte palavra chave: *Educação Popular*. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2012. Após leitura flutuante dos resumos, foram selecionados os artigos relacionados à temática. Nessa terceira etapa da revisão, demarcou-se o universo do estudo no qual as informações foram extraídas. Para quarta etapa referente à análise e compreensão das informações foi elaborado um instrumento com as seguintes variáveis: periódico, ano de publicação, autores, método da pesquisa, cenário, descrição contidas nos artigos relativas às práticas de educação popular em saúde no contexto não institucionalizado. Na quinta etapa foram discutidos os principais resultados e por fim, na sexta e última etapa elaborou-se o manuscrito. Resultados: Obteve-se inicialmente um total de 170 publicações referentes à palavra chave. Por conseguinte, foram selecionados 14 artigos em textos completos. Após o refinamento, o universo do estudo restringiu-se a quatro artigos. Essa quantidade denota o reduzido número de publicações relacionadas às práticas de educação popular em saúde fora do contexto institucionalizado. Foi encontrado um artigo publicado em 1998, um em 2007 e dois em 2009; sendo todos em periódicos indexados de multidisciplinar e de autoria de pedagogas, assistentes sociais, filósofos e enfermeiras respectivamente. Quanto ao método aplicado foram encontrados: um estudo no formato pesquisa ação, três estudos qualitativos. Os cenários dos estudos consistem em um povoado rural, um centro comunitário e dois de caráter mais abrangente que não se restringiram a delimitações espaciais, e tiveram como cenário a realidade de movimentos sociais. Os estudos foram realizados um em Minas Gerais, um no Rio Grande do Sul e dois em São Paulo. Os resultados apresentados demonstram um reduzido número de publicações sobre a temática. Após a análise das variáveis contidas no instrumento identificou-se o caráter intersetorial desta prática que vem de encontro ao conceito ampliado de saúde preconizado pela legislação vigente. Por conseguinte, as descrições dos resultados dos trabalhos analisados destacam a relevância da mesma junto aos sujeitos e a coletividade, tal como é exposto no trecho: “Pode representar um espaço para o povo reconhecer a própria realidade, refletir coletivamente e, principalmente, para buscar alternativas de vida, dentro da realidade”⁽⁷⁾. E, por fim os resultados apontam como fundamental que os educadores assumam

compromisso com a educação como mediação do caminho de libertação, o que exige o domínio da concepção teórico metodológica da educação popular, compreende ainda o desafio de assumir uma postura comprometida, democrática, aberta ao novo, que respeite às diferenças e aos coletivos⁽⁸⁾. Conclusão: Após percorrer todos os passos metodológicos, pôde-se concluir que de acordo com os textos analisados a prática da educação popular em saúde desenvolvida em espaços não institucionalizados prioriza realidades concretas buscando a construção compartilhada de estratégias de enfrentamento que impulsionem a ação. Destaca-se à necessidade de considerar a diversidade e peculiaridades dos grupos sociais envolvidos estimulando organização e a luta pelos direitos de cidadãos. Os resultados evidenciam a capacidade transformadora de práticas em educação popular em saúde na modificação pessoal dos sujeitos envolvidos a partir da conscientização, culminando na transformação social. Sem a pretensão de esgotar o assunto propõe-se a realização de novos estudos, que contribuam para maior visibilidade das práticas de educação popular em saúde fora do contexto institucional. Referências: 1. Pedrosa, JIS. Educação popular em saúde e gestão participativa no sistema único de saúde. Rev. APS. 2008 jul.-set;11(3):303-13 2. Heringer A, Ferreira VA, Acioli S, Barros ALS. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2007 dez; 28(4):542-8. 3. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 4. Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. Cad Saúde Pública 1998; 14(sup.2): 39-57. 5. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura. Cad Saúde Pública 2011 jan; 27(1): 7-18. 6. Mendes KS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enf. 2008 out./dez; 17(4):758-64. 7. Dias RB. “Eu? Eu estou aí, compondo o mundo”. Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanção, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica 1998; 14(supl.2):149-57. 8. Daron VLP. A dimensão educativa da luta por saúde no Movimento de Mulheres Camponesas e os desafios político-pedagógicos para a educação popular em saúde. Cad. CEDES 2009 set.-dez; 29(79):387-99.

Implantação do grupo de teatro Saudação no SUS Betem

*Anísio Honorato Campos
Aparecida Maria Ambrósio*

Implantação de grupo de teatro, constituído por trabalhadores do SUS Betim, tendo como propósito o emprego da linguagem teatral como meio para suscitar discussões, repensar práticas e trabalhar a educação em saúde.

1) Caracterização do problema: Implantação de grupo de teatro, constituído por trabalhadores do SUS Betim, tendo como propósito o emprego da linguagem teatral como meio para suscitar discussões, repensar práticas e trabalhar a educação em saúde. **2) Descrição da experiência:** A constituição do grupo se deu por meio de quatro etapas: convencimento e pactuação junto ao Colegiado de Direção Estratégica sobre a viabilidade de implantação do projeto; divulgação na rede de saúde, mediante mensagem veiculada no contracheque, acerca do desejo de se constituir o grupo de teatro da Saúde e sobre as inscrições; teste de seleção que procurou verificar a aptidão dos candidatos e, finalmente, a operacionalização do grupo que, desde agosto de 2010, se reúne semanalmente, às segundas e sextas-feiras pela manhã, no salão do Conselho Municipal de Saúde, para aulas de técnica teatral, processo de criação e ensaios. O processo formativo do grupo é concebido como parte do processo de trabalho. Neste sentido, a atuação do grupo não é trabalho voluntário, mas parte integrante do trabalho destes profissionais de tal forma que, em entendimento com o Colegiado de Direção Estratégica e os gerentes destes trabalhadores, os participantes do grupo cumprem uma parte da jornada de trabalho no grupo sem prejuízo das atividades e obrigações inerentes aos cargos que ocupam. Inscreveram-se para o processo de seleção sessenta funcionários e dez foram selecionados. O grupo de teatro da Saúde Saudação está vinculado à gerência de Educação Popular em Saúde da Diretoria de Educação na Saúde que integra a Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Betim e é dirigido por uma trabalhadora do SUS Betim formada em artes cênicas e História. O processo de criação das personagens envolve os trabalhadores/atores e a direção. Os trabalhadores/atores empregam no processo de criação dos personagens elementos que, de algum modo, lhes tocaram a alma e que fizeram ou fazem parte do ambiente de trabalho, da história pessoal ou do cotidiano. São estes elementos que procuram ser trabalhados pela linguagem teatral para dar vida aos personagens teatrais. **3) Efeitos alcançados:** A atuação do grupo é uma aposta no uso da linguagem teatral, especialmente a montagem de esquetes para apresentação em diferentes espaços públicos, como instrumento de educação em saúde. Algumas ações desenvolvidas pelo grupo: **Esquetes sobre a dengue:** A dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, no Brasil e, conseqüentemente, também em Betim. Quase a totalidade da população sabe dos cuidados relativos à prevenção da doença falta, no entanto, ação. Neste sentido, os personagens interferem no cotidiano das

pessoas (no ônibus, na fila do banco, no comércio, nas unidades de saúde...) lembrando: “se você pensa que a dengue é brincadeira, com a dengue não se brinca não. O mosquito nunca está de férias, sempre é hora de prevenção.” Em conjunto com outras ações de combate a dengue, Betim conseguiu reduzir o índice de infestação no município que, em 2010, assumira um caráter epidêmico na cidade.

Cena teatral A Triste Sina de Maria: Peça teatral que procura ampliar o foco da discussão sobre a violência contra a mulher acentuando os aspectos culturais arraigados a esta questão que se constitui uma questão de saúde pública. “Estima-se que este problema cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras.”

Cena teatral Protocolina: Peça teatral que tem por objetivo trazer para discussão o processo da impessoalidade que, na modernidade, tende a perpassar todos os aspectos da vida conduzindo a desumanização das relações não só no setor saúde. Utilizando-se da técnica do teatro do oprimido (Augusto Boal), a platéia é encorajada a assumir o papel dos atores no palco colaborando assim para a reflexão sobre o tema.

Esquetes para Oficinas: Empregando a técnica de teatro fórum (Augusto Boal), o grupo desenvolve esquetes como instrumento para facilitar a discussão e o debate.

Intervenção cenopoética sobre o trabalho: Não desconsiderando o processo desumanizador do trabalho, a intervenção procura ressaltar seu aspecto humanizador a partir das músicas *Gerreiro Menino* de Gonzaguinha e *Primo José* de Celso Moretti.

Intervenção cenopoética sobre o amor: A partir de poemas de Adélia Prado, Hélio Pellegrino e da música Monte Castelo do grupo Legião Urbana, a intervenção procura ressaltar o entendimento do amor enquanto condição primeira para a humanização: “*processo permanente de resistir à própria tendência a se corromper, a se desumanizar e a desumanizar os outros*”. (Maria Ciavatta. Além da atuação do Saud`Ação, a experiência de constituição do grupo de teatro tem fomentado desta experiência a outros setores do SUS Betim com destaque para o grupo de teatro da Maternidade Pública Municipal, também constituído por trabalhadores, em atual processo de capacitação por meio de oficinas ministradas pela diretora do grupo Saud`Ação.

4) Recomendações: Segundo Antunes Filho, “*o teatro preocupa-se com a essência do homem; não do homem estático, mas do homem em movimento, que se relaciona com todas as coisas e a todo instante, homem como indivíduo, com suas problemáticas existenciais, espirituais. Homem como ser social e político, que age e que tem liberdade de ação*”. É nesta perspectiva que se quis investir quando da definição de que o grupo de teatro deveria ser constituído por trabalhadores do SUS Betim. A vivência, a rotina de trabalho e o conhecimento destes servidores é que deve fornecer o material para reflexão que irá alimentar o processo de educação continuada e a linguagem teatral aparece como ferramenta que possibilita suscitar reflexão e conscientização. A linguagem teatral, dada sua capacidade de tocar diretamente sentimentos e emoções, pode contribuir enormemente pela superação do autoritarismo muitas vezes entranhado nos processos educativos, uma vez que amplia capacidade de diálogo. Muitas pessoas, que não se sentem “autorizadas a falar”, por considerarem que não “sabem das coisas”, ao verem retratadas ou insinuadas determinadas situações do cotidiano através do teatro, sentem-se encorajadas a falarem do que sentiram, do que experimentaram, especialmente quando se segue à encenação um momento de conversa, debate ou diálogo. A linguagem teatral contribui, assim, para ampliar a participação e o diá-

logo. Ainda na linha da superação do autoritarismo, a linguagem teatral se apresenta como instrumento capaz de superar a mera transmissão de mensagens, ações e atitudes tidas como corretas. A linguagem teatral pode ser instrumento que amplia a reflexão contribuindo assim para uma melhor compreensão do processo educativo enquanto construção, encontro de diferentes saberes.

Visamobiliza

Aparecida de Fátima Furlanes Veludo

Identificar estratégias para superar a fragilidade e fragmentação institucional, aprofundar a discussão sobre as dimensões técnicas e políticas da Visa como transformadora da realidade, fomentar a realização de ações que contemplem a concepção de território, risco e análise da situação de saúde e articular as ações que estão sendo desenvolvidas na Anvisa e nas Visas Estaduais e Municipais, pode contribuir para uma agenda de mudanças da cultura institucional da Visa e adoção de novos referenciais para uma atuação mais efetiva da sociedade na Vigilância Sanitária em nosso país.

Introdução: O Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) reafirmou os compromissos da Vigilância Sanitária (VISA) perante a sociedade e estabeleceu diretrizes para a promoção de ações que contribuam para ampliar a consciência sanitária da população, a percepção do risco sanitário e a compreensão do funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). O projeto VISAMOBILIZA, tem o objetivo de desenvolver ações de comunicação, educação e mobilização em Vigilância Sanitária com a parceria de atores governamentais e da sociedade civil, contribuindo para a proteção e promoção da saúde. Objetivo: Sistematizar as ações da ANVISA para a execução do VISAMOBILIZA. Método: Foi feito um estudo de caráter qualitativo, por meio da observação participante em reuniões e eventos realizados pelas entidades envolvidas, além da leitura de documentos sobre o projeto. Resultados: Foi feita uma articulação com entidades da sociedade civil que programaram atividades para o ano de 2010 com a participação das Vigilâncias Sanitárias, dos Procon, dos conselhos de saúde e outros órgãos governamentais interessados nestas ações. As ações propostas foram: 1-Realização de oficinas de comunicação, educação e mobilização; 2- Construção de rede de comunicação, educação e mobilização em VISA; 3- Elaboração de material educativo sobre os temas de VISA e 4 – Apoio as demandas originadas das entidades civis. Após a avaliação das propostas, foi realizada uma reunião preparatória com os 14 estados contemplados e elaborados os Planos de Ação para a realização das atividades que estão sendo acompanhadas e avaliadas pela ANVISA. As entidades que participam do projeto têm apoio financeiro, além da elaboração de materiais e assessoria técnica. Conclusão: O projeto VISAMOBILIZA criado pela ANVISA poderá contribuir para a ampliação da consciência sanitária da população e na divulgação das ações de VISA, além de promover a articulação de entidades governamentais e não-governamentais com as VISA estaduais e municipais no fortalecimento do controle e da participação social na proteção e promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida.

Liga de Educação em Saúde: extensão popular no curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande

Arnildo Dutra Miranda Junior

Adriana Ferapontoff Lemos

Camila Zamban de Miranda

Tarso Teixeira

Com as novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina em 2001, as universidades iniciaram um processo de mudança na formação dos profissionais da saúde, voltando-a para as necessidades da sociedade. Com isso, no curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), criou-se a disciplina de Relação Médica, que ocorre no primeiro ano do curso. Nela os alunos são inseridos nas comunidades no contexto de uma USF, para acompanharem consultas médicas e realizar visitas domiciliares com agentes comunitários. A partir desse contato inicial com as comunidades, alguns alunos sentiram a necessidade de maior aproximação com esses espaços, para tentar compreender melhor a dinâmica de saúde-doença da população. Nesse momento, surge a Liga de Educação em Saúde (LES), que, composta por estudantes do curso de medicina e um professor orientador, tinha como ideal inicial melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento, e, com o tempo, foi desenvolvendo objetivos mais voltados para o empoderamento e para a consequente autonomia crítica da população. Inicialmente, pensou-se que uma forma de atuação possível seria a formação de grupos de educação em saúde. Assim foram criados três grupos que abordassem faixas etárias distintas: um com idosos da comunidade Castelo Branco, um com estudantes do EJA na escola CAIC/FURG e outro com estudantes do ensino médio da escola CAIC/FURG. Para que tais grupos pudessem ocorrer foram realizados, semanalmente, momentos de formação em que se discutiam alguns textos de teóricos da educação popular como Eymard Vasconcelos, Paulo Freire, entre outros, sendo esses um espaço de aprofundamento de conhecimentos específicos, e principalmente, de mudança da mentalidade inicial de auxílio à comunidade, movida por sentimento de caridade, para uma nova percepção de que as comunidades possuem grande riqueza e que elas são um cenário riquíssimo para a formação dos profissionais da saúde. Os encontros práticos ocorreram ao longo de todo o ano, sendo realizados quinzenalmente, com duração de uma hora cada. Seguem alguns relatos de estudantes: “cada paciente, não é uma ‘caixa vazia’ na qual colocaremos informações soltas; mas, sim, um ser integral com sua história, crenças e experiências que devem sempre ser levadas em conta no que diz respeito à compreensão das situações”, “Foi bem importante perceber similaridades e diferenças entre “nós” e “eles” para, por fim, percebermos que não existe essa distinção.”. Além disso, nas reuniões teóricas foi possível o compartilhamento de experiências das vivências nas comunidades, ou mesmo, de dificuldades enfrentadas no dia-a-dia da faculdade o que possibilitou a formação de um vínculo muito grande entre os integrantes da LES: “(..) As reuniões fizeram com que surgissem meus melhores amigos na universi-

dade (...)”. Por fim, percebemos um crescimento humano e técnico muito grande dos integrantes da LES. Técnico no sentido do desenvolvimento de habilidades de dinâmicas de grupos e de educação em saúde, e humano no desenvolvimento de profissionais com maior capacidade de responder aos pacientes não de forma pré-determinada, mas com capacidade de compreender as dificuldades desses e tentar solucioná-las de forma individual, levando em conta a bagagem histórica e social de cada um.

Escola Popular de Saúde Manguariba e Palmares

Augusto Jose Nascimento

O pequeno relato trata-se de uma experiência de um ano de caminhada junto a duas comunidades da Zona Oeste do Rio de Janeiro.

À EPS(Escola Popular de Saúde), Manguariba e Palmares, está inserida na Zona Oeste do Rio de Janeiro, e completou no mês de abril, um ano de caminhada junto as duas comunidades, após longos desdobramentos com formação de parcerias e reuniões, realizou-se a grande Celebração da Saúde e da Cidadania de Palmares e Manguariba, que foi um tremendo sucesso. Estava dado o pontapé inicial para a implantação das EPS, unindo as duas diferentes e vizinhas comunidades; Manguariba e Palmares. O nosso cuidado no **território** é caminhar junto, procurando dar ênfase às questões da comunidade, suas lutas e conquistas, valorizamos também, às atividades coletivas como; caminhada ecológica, que é como atividade física em forma de passeio na sua própria região, estimula hábitos saudáveis, além das oficinas de Educação Ambiental. À sustentabilidade está presente em atitudes como; reaproveitamento dos inseríveis tentando criar condições de renda através da arte, trazendo sugestões em relação ao lixo que antes era grave problema, com a holística da geração de renda, para aqueles que muitas vezes dependem e estão desempregados, outro exemplo e o destino do óleo de cozinha, que antes do projeto de aproveitamento também como o lixo era um grande problema, agora há interesse na criação dos produtos cosméticos (sabonete e sabão líquido) produzidos pelo nosso coletivo, estimulando assim à criatividade e motivação financeira através do talento mútuo, a isso chamamos de **Focos de Saúde**. *As rodas de conversas, são quinzenais, dentro da própria comunidade, é uma assembleia com os membros fixos e convidados que encontram Ali, à oportunidade de resolução dos problemas individuais e coletivos, e contando sempre com a experiência de cada agente somado com a de visitantes e equipe do Núcleo de Cultura Ciência e Saúde que normalmente vem somar forças. Como qualquer espaço de discussão, tentamos contribuir em temas de grandes relevância na construção do saber, criando condições para o processo de aprendizado lembrando sempre o mestre Paulo Freire, na teoria e prática, no que acreditamos, possibilitar o enriquecimento de ideias e saberes coletivo, temas como, Homofobia, discriminação étnica e racial, são amplamente debatidos. nas rodas, passeios e visitas a museus, são parte da nossa programação. À EPS, procura fazer parcerias em prol da comunidade, com as instituições locais que vão desde equipamentos públicos (escolas, empresas privadas, Clínicas de Saúde da Família e ONGs) participando e incentivando à atuação dos seus membros, junto ao Conselho Distrital de Saúde, e consequentemente nas Conferências Municipais de Saúde. Em fim, desde o início da caminhada, nota-se que, está havendo uma grande conscientização em busca da autonomia comunitária, e um maior engajamento na cultura e arte e isso somado à descoberta de grandes talentos na juventude, e Lembrando que qualquer mudança tem que partir da conscientização de todos os moradores em relação a sua realidade, para que possam saber que não há mudanças estruturais, sem a participação coletiva no âmbito das reivindicações.*

O olhar das mulheres climatéricas das ações de saúde na atenção primária

Bárbara Amorim Silva Sherman

Maria Cristina de Melo Pessanha Carvalho

Atualmente, muitas são as razões pelas quais o período do climatério tem merecido uma maior atenção no âmbito da saúde pública. No Brasil, o envelhecimento populacional evidencia uma forte tendência à feminização; fato este que traz à tona pensarmos na assistência à saúde da mulher climatérica em atenção primária sob uma ótica ampliada, que não somente aquelas vinculadas ao processo saúde-doença, mas que também priorizam uma ação integral, focada na promoção, prevenção e recuperação de saúde, em que a mulher torna-se sujeito de sua condição de vida e de sua própria história, e sendo assim, ela merece uma atenção maior por parte dos serviços de saúde e dos profissionais. Este trabalho trata-se de um projeto de pesquisa ainda em andamento, e abordará questões relativas ao ponto de vista das mulheres climatéricas acerca das ações de saúde em atenção primária voltadas para elas nessa fase. Estarei abordando o que é o climatério, como elas o vivenciam e de que forma os serviços de saúde tem prestado a elas subsídios para o enfrentamento dessa fase, uma vez que as políticas de saúde existentes abordam a atenção à mulher climatérica, porém ainda há muitas lacunas entre a teoria e prática. Proponho através dessa presente pesquisa refletir sobre essas questões e acredito ser de extrema importância, visto que devido o aumento na expectativa de vida da população, é sabido que a maioria das mulheres vivenciará essa fase em algum momento, e diante disso, é importante que medidas sejam adotadas para que o atendimento prestado a essas mulheres no âmbito da atenção básica seja integral e acolhedor com ações de cunho preventivo, e também voltados à promoção da saúde nesse período.

1. INTRODUÇÃO: Em minha trajetória acadêmica a área que mais apreciei sempre foi saúde pública; gostava de atuar em ações voltadas à promoção e educação em saúde que eram realizadas nas unidades básicas de saúde. Ao término da graduação iniciei residência na UFRJ em saúde da mulher, atuando em vários setores do Hospital Escola São Francisco de Assis (Hesfa), dentre os quais o que mais me identifiquei foi a unidade de cuidados básicos, onde eram realizadas as consultas ginecológicas. Minhas experiências e vivências com a temática em saúde da mulher se iniciaram nessa época, onde pude atender mulheres que compareciam à consulta e realização do exame citopatológico (preventivo). Pude perceber que muitas eram as queixas relacionadas ao período climatérico que interferiam na vida sexual/sexualidade feminina, além de outros sintomas inerentes a esse período, tais como: os fogachos, os distúrbios urogenitais, as alterações no metabolismo lipídico e ósseo, dentre outros, que poderiam vir a comprometer sua auto-estima e interferir em sua vida diária. Pude ainda observar que escassas eram as informações que elas tinham acerca dessa fase, fato este comprovado durante as consultas, onde elas demonstravam sur-

presa ao relacionarmos os sintomas sentidos ao climatério. Além disso, muitas delas nem sequer sabiam o que era o climatério, sendo este muitas das vezes confundido a menopausa. Essas questões, bem como as possíveis modificações advindas do período climatérico: alterações físicas, emocionais, psicológicas e sociais me inquietaram, fato este que me motivou a iniciar uma pesquisa sobre a sexualidade no climatério. No entanto, o meu interesse sempre foi maior pela área de saúde pública, visto esta ser uma área mais abrangente, onde eu poderia continuar de frente com saúde da mulher, mas também poderia estar diante de vários outros cenários que eram de meu interesse na prática. Além do mais, sempre idealizei atuar numa unidade de atenção básica, visto ser este um espaço onde se trabalha com a promoção e prevenção em saúde. Sendo assim, me inscrevi para a residência da UNIRIO/PREFEITURA e fui selecionada para a especialização em saúde pública. Optei por dar continuidade ao assunto relacionado ao climatério, mas algumas adaptações foram feitas neste estudo, uma vez que estou atuando numa unidade de atenção primária e minhas inquietações nessa pesquisa estão relacionadas ao que pensam as mulheres climatéricas acerca das ações de saúde que lhes são oferecidas na atenção básica. Visto ser o climatério um período da vida que traz intensas modificações que podem repercutir de forma diferenciada de mulher para mulher, levanto como problema nesta pesquisa que as ações dos serviços de atenção primária não são adequadas e muitas das vezes há uma falta de “atenção” ou omissão nas ações que os serviços de atenção primária e equipe multiprofissional de saúde prestam em prol das mulheres que vivenciam essa fase. O acolhimento aos usuários nas unidades básicas de saúde possibilita que o enfermeiro atue na atenção integrada valorizando as vivências e experiências dessas mulheres frente o climatério. No entanto, muitas das vezes essa assistência não é holística e acolhedora, não permitindo que se contemplem a atenção à saúde das mulheres climatéricas e as consultas acabam limitando-se aos aspectos ginecológicos, esquecendo-se do atendimento integral com escuta qualificada. Além disso, os atendimentos acabam não sendo voltados para uma atenção multiprofissional e os serviços não dispõem de nenhum programa ou grupo educativo voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos, uma vez que o período climatérico pode levar à uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher. Diante disso, levanto as seguintes *questões norteadoras*: 1. O que as mulheres climatéricas acham a respeito do atendimento que lhes é prestado por parte dos profissionais e serviços de saúde em atenção primária, visto estarem elas adentrando numa fase que lhes traz intensas transformações, alguns sintomas e muitas dúvidas? 2. As mulheres climatéricas são assistidas integralmente por parte dos enfermeiros que lhes atendem na atenção primária? 3. O que pensam essas mulheres acerca de “grupos educativos”, voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos durante essa fase da vida? Os seguintes *objetivos* foram elaborados: Identificar a percepção das mulheres climatéricas acerca das ações de saúde que lhe são oferecidas na atenção primária; Descrever de que forma os serviços de saúde podem prestar um atendimento diferenciado voltado à promoção e prevenção em favor da saúde integral da mulher climatérica. 1.1. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO: A elaboração desse presente trabalho se faz necessária em virtude da crescente longevidade feminina, diante das alterações biopsicossociais oriundas do climatério e na certeza de

que elevado é o número de mulheres que em algum momento de suas vidas irão se deparar com esse período, haja vista que *“projeções apontam que elas viverão um terço de suas vidas acima dos 50 anos.”* (IBGE, 2010, p.33). A grande maioria dos estudos acaba abordando a vivência das mulheres no climatério nos aspectos dos sintomas provocados por ele. Já este estudo, propõe enxergar o climatério sob o ponto de vista do que as mulheres acham das ações de saúde que são prestadas na atenção primária, por parte dos serviços e dos profissionais. Sendo assim torna-se um estudo bastante relevante, uma vez que buscará identificar algumas lacunas que ainda existem na atenção primária, e escassos ainda são os estudos voltados para essa questão. Esse estudo propõe enxergarmos a mulher de forma integral e, nesse sentido, nos instiga a pensarmos em ações de saúde que os serviços e profissionais podem lançar mão, a fim de propiciar saúde e qualidade de vida à mulher no climatério.

1.2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO: A partir da realização desta pesquisa será possível conhecer mais o que pensam as mulheres não somente sobre o climatério, mas também a respeito das ações em saúde que lhes são oferecidas por parte dos serviços de saúde e pelos profissionais na atenção básica. Será possível identificar se nesses locais há ações de promoção e prevenção voltadas à saúde dessas mulheres, de forma a pensarmos em projetos de intervenção a fim de que as lacunas hoje ainda existentes comecem a ser reparadas. No que diz respeito aos profissionais de saúde, este estudo propõe enxergar a mulher sob a perspectiva da integralidade, de forma que ela seja vista em sua totalidade e não em “partes”, além disso a escuta é algo muito importante e que necessita estimada atenção por parte de todos profissionais. As contribuições para área da enfermagem são muitas, visto que o enfermeiro executa um papel de educador em saúde e com isso, muito ele tem a auxiliar a mulher climatérica. Este trabalho muito tem a contribuir no ensino para os graduandos, pois esses são os futuros profissionais que estarão de frente com o usuário, e é de extrema valia que eles tenham conhecimento sobre um atendimento integral, numa visão holística e acolhedora, visto ser esta a proposta de nosso sistema de saúde. Este estudo propõe um despertamento e reflexão acerca das ações que tem sido propostas na atenção primária para mulheres que vivenciam o climatério. Afinal, o que se espera é que neste nível de atenção haja um espaço de troca de saberes, ações educativas e preventivas e acaba que o que se vê na prática, é o contrário a isso.

2. REFERENCIAL TEÓRICO (em andamento)

3. AS FERRAMENTAS METODOLÓGICAS

3.1 Tipo de estudo: Estudo exploratório, com características descritivas.

3.2 Abordagem: A abordagem da pesquisa é de natureza qualitativa.

3.3 Os sujeitos: A composição de sujeitos prevista é de trinta (30) sujeitos, na faixa etária a partir dos 40 anos de idade.

3.4 Cenário: O cenário da pesquisa será uma unidade de atenção primária, localizada no município do Rio de Janeiro. As entrevistas serão feitas na sala de espera dos consultórios ginecológicos, onde ocorrerá a aplicação do instrumento de coleta de dados (ICD).

3.5 Procedimento para Aprovação da Pesquisa – Aspectos Éticos: O projeto de pesquisa será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Rio de Janeiro, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que explicita a pesquisa com seres humanos.

3.6 Técnica e Instrumentos de Coleta de Dados: O instrumento ainda a ser elaborado será um questionário semi-estruturado, com perguntas abertas e fechadas. Posteriormente, será feita a análise dos

dados. Referências: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE- **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira-2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicso-ciais2010/SIS_2010.pdf>, acesso em 12/05/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde – Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9, 2008, 192p. FREITAS, K.M.; SILVA, A.R.V.; SILVA, R.M. **Mulheres vivenciando o climatério**. Acta Scientiarum, Maringá, v. 26, n. 1, p. 121-128, 2004...e outros...

Discutindo gênero e sexualidade através do ludico numa escola da rede pública de Niterói: relato de experiência

Bruna da Silva Machado

Agnne Katy Soares Ramalho

Jessyca Silva Monteiro

Luana Bello dos Santos Estrella

Michelle de Souza Ferreira

Raí Moreira Rocha

Cristina Portela da Mota

Introdução: Desde o berço, as atitudes, as palavras, os brinquedos, os livros procuram moldar as crianças para que aceitem e assumam os rótulos que a sociedade lhes reservou. Para os homens, o público e a política; para as mulheres, o privado e a casa. Dos meninos espera-se agressividade, capacidade de liderança, racionalidade; das meninas, espera-se delicadeza, sensibilidade e beleza. As normas sociais prescrevem posturas, comportamentos, atitudes diferenciadas para homens e mulheres¹. Desde a infância, tais atitudes são enraizadas através dos relacionamentos na família, na escola, construindo, assim, valores nem sempre explícitos, mas que sutilmente determinam nossos comportamentos. Desta forma, faz-se necessário desconstruir a lógica binária na apresentação do mundo para as crianças, enquanto as brincadeiras e os jogos infantis estiverem sendo associados a significados masculinos e femininos, que hierarquizam coisas e pessoas, estaremos apresentando a meninos e meninas significados excludentes. As brincadeiras e os jogos também são formas de estimular a convivência de ambos os sexos, mas diversas vezes a sociedade impõe a divisão entre brincadeiras de meninas ou de meninos. O presente relato de experiência tem como objetivo: Descrever as ações realizadas em âmbito escola enfatizando a reflexão sobre o conceito de infância, brincadeiras e jogos infantis como instrumento da construção sociocultural das identidades na sociedade contemporânea brasileira. Metodologia: Realizamos três (03) oficinas com 10 crianças de ambos os sexos e na faixa etária de 6 a 9 anos onde procuramos trabalhar com desenhos, como eles se veem enquanto meninos e meninas em diferentes espaços: na escola, em casa, com amigos, pais e familiares que conjugaram os conhecimentos do campo das artes plásticas, da educação e da saúde como um dos veículos de reflexão para a construção sociocultural das identidades de meninos e meninas. Resultados: O trabalho destacou que as crianças puderam vivenciar experiências inovadoras, explorar o proibido, tecer imagens de meninos e meninas e, paulatinamente, afirmar suas identidades através das interações estabelecidas no desenvolvimento das oficinas lúdicas. Pelas meninas, tivemos representações: muitas paisagens, bonecas, fadas e principalmente desenhos coloridos. Já pelos meninos, tivemos muitos desenhos com casas, bonecos e monstros e pouco coloridos. Baseando-se nisso, destacamos que o

desenho das meninas representavam um mundo idealizado, inspirado nos contos de fadas e desenhos presentes no cotidiano destas, aparecendo muito a cor rosa, que em alguns momentos foram expressos como “cor de menina”. Os meninos tiveram uma representação enfatizada no mundo real, do dinheiro, do conceito de trabalho e percebeu-se que os pais enfatizavam a representação do homem como “aquele que deve trazer o dinheiro para casa”. Conclusão: A visão sobre si próprio foi representada de forma espontânea e criativa através de desenhos. Associado a isto, o esclarecimento das imagens reproduzidas permitiu a identificação de elementos socioculturais e a influência que produzem na construção da identidade. Assim sendo, a escola, que se inclui neste âmbito, deve oferecer diversas opções de brincadeiras que visem o desenvolvimento das crianças, bem como deve favorecer que os espaços sejam ocupados indiscriminadamente por meninos e meninas.

Introdução: Desde o berço, as atitudes, as palavras, os brinquedos, os livros procuram moldar as crianças para que aceitem e assumam os rótulos que a sociedade lhes reservou. Para os homens, o público e a política; para as mulheres, o privado e a casa. Dos meninos espera-se agressividade, capacidade de liderança, racionalidade; das meninas, espera-se delicadeza, sensibilidade e beleza. As normas sociais prescrevem posturas, comportamentos, atitudes diferenciadas para homens e mulheres¹. O conceito de gênero não deve ser pensado como construção de papéis masculinos e femininos. A pretensão, é que se entenda gênero como constituinte da identidade dos sujeitos. Afirmar que o gênero deve ser entendido como identidade é referir a algo que transcenda o ‘desempenho de papéis’; o gênero passa a fazer parte do sujeito, constituindo-o. Mas, as identidades dos sujeitos não são fixas, e em alguns momentos podem até ser contraditórias, dando a impressão de que o sujeito está “sendo empurrado” em diferentes direções². Desde a infância, tais atitudes são enraizadas através dos relacionamentos na família, na escola, construindo, assim, valores nem sempre explícitos, mas que sutilmente determinam nossos comportamentos. Desta forma, faz-se necessário desconstruir a lógica binária na apresentação do mundo para as crianças, enquanto as brincadeiras e os jogos infantis estiverem sendo associados a significados masculinos e femininos, que hierarquizam coisas e pessoas, estaremos apresentando a meninos e meninas significados excludentes. Desde que nascem as crianças são rotuladas quanto seu gênero, seja pelos seus brinquedos, seja pelo uso de determinadas cores. Na casa, na escola, entre amigos e familiares surgem os mais variados comportamentos, que muitas vezes são criticados por não corresponder ao que se espera. A realidade em que vivem e as relações que se desenvolvem, sutilmente influenciam na edificação da personalidade da criança. As brincadeiras e os jogos também são formas de estimular a convivência de ambos os sexos, mas diversas vezes a sociedade impõe a divisão entre brincadeiras de meninas ou de meninos. O presente relato de experiência tem como objetivo: Descrever as ações realizadas em âmbito escola enfatizando a reflexão sobre o conceito de infância, brincadeiras e jogos infantis como instrumento da construção sociocultural das identidades na sociedade contemporânea brasileira. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, através de oficinas lúdicas que conjugaram os conheci-

mentos do campo das artes plásticas, da educação e da saúde como um dos veículos de reflexão para a construção sociocultural das identidades de meninos e meninas. Realizamos três (03) oficinas com 10 crianças de ambos os sexos e na faixa etária de 6 a 9 anos onde procuramos trabalhar com desenhos, como eles se veem enquanto meninos e meninas em diferentes espaços: na escola, em casa, com amigos, pais e familiares. **Resultados:** O trabalho destacou que as crianças puderam vivenciar experiências inovadoras, explorar o proibido, tecer imagens de meninos e meninas e, paulatinamente, afirmar suas identidades através das interações estabelecidas no desenvolvimento das oficinas lúdicas. É importante ressaltar que as imagens representadas nos desenhos foram compreendidas como elementos culturais, portadores de significados e de um enredo social em que as crianças estão inseridos. Pelas meninas, tivemos representações: muitas paisagens, bonecas, fadas e principalmente desenhos coloridos. Já pelos meninos, tivemos muitos desenhos com casas, bonecos e monstros e pouco coloridos. Baseando-se nisso, destacamos que o desenho das meninas representavam um mundo idealizado, inspirado nos contos de fadas e desenhos presentes no cotidiano destas, aparecendo muito a cor rosa, que em alguns momentos foram expressados como “cor de menina”. Os meninos tiveram uma representação enfatizada no mundo real, do dinheiro, do conceito de trabalho, encontrando principalmente desenhos não coloridos e, quando coloridos, apresentavam muitos tons de cinza, preto e verde, demonstrando que existe uma raiz no mundo real, pois percebeu-se que os pais enfatizavam a representação do homem como “aquele que deve trazer o dinheiro para casa”. **Conclusão:** A visão sobre si próprios foi representada de forma espontânea e criativa através de desenhos. Associado a isto, o esclarecimento das imagens reproduzidas permitiu a identificação de elementos socioculturais e a influência que produzem na construção da identidade. Assim sendo, a escola, que se inclui neste âmbito, deve oferecer diversas opções de brincadeiras que visem o desenvolvimento das crianças, bem como deve favorecer que os espaços sejam ocupados indiscriminadamente por meninos e meninas. Referências: 1. FINCO, Daniela. Educação Infantil, Gênero e Brincadeiras: das naturalidades as transgressões. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 28. Programa e resumos. Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação, 2005. 2. LOURO, G. L. Gênero, Sexualidade e Educação: Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

O desafio do enfermeiro ao atuar no pólo da dengue em uma unidade básica de saúde do município de Niterói

Bruna da Silva Machado
Geilsa Soraia Cavalcanti Valente
Jessyca Silva Monteiro
Raí Moreira Rocha

Introdução: Diante de um mundo globalizado e em constante transformação, percebe-se o aumento da demanda de profissionais de saúde nas unidades de atenção básica. Esses profissionais devem estar preparados para gerenciar e administrar recursos humanos, físicos, materiais e de informação. Do enfermeiro é exigido conhecimento (que conheça o que faz), habilidades (que faça corretamente) e tenha atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos. Ainda sobre a enfermagem, o desempenho de suas atividades ocorre em locais, nos quais a insalubridade é evidente, além da falta de recursos humanos e materiais. Entre estes locais, destacam-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas quais expressiva quantidade de trabalhadores de enfermagem atua. Justifica-se o seguinte estudo visto que há uma discrepância entre a clientela e a qualidade da assistência dos serviços de saúde por não suprir a demanda necessária de atendimento. Logo, é necessário fazer uma análise acerca da qualidade do gerenciamento da unidade. O objetivo é refletir acerca dos desafios enfrentados pelos enfermeiros durante a atuação no pólo da dengue na Unidade Básica de Saúde no que diz respeito à estrutura, organização, planejamento, recursos materiais e recursos humanos. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, caracterizado por um relato de experiência acerca de situações vivenciadas por alunos do curso de enfermagem da Universidade Federal Fluminense durante o ensino teórico prático da disciplina de Gerência I, realizado em uma unidade básica de saúde, localizada no município de Niterói, RJ. Os alunos foram separados e orientados a permanecerem por ao menos um dia em cada setor, a fim de entender o funcionamento e função do profissional responsável pelo espaço e a partir disso desenvolver uma visão crítica sobre as situações conflitantes que poderiam surgir durante a assistência, para dessa forma, entender como um enfermeiro no papel de gerente deve conduzir a rotina de uma unidade básica de saúde visando à garantia do bom funcionamento da instituição. Resultados: Observou-se que para a realização do atendimento à dengue, foi cedida uma sala da unidade, onde eram notáveis problemas acerca da estrutura da dificultando a locomoção e os procedimentos; falta de assentos para os pais que acompanhavam as crianças; inexistência de um esfignomanômetro infantil; e escassez nos recursos humanos, como médicos e profissionais de enfermagem competentes para esse tipo de atendimento. Conclusão: De acordo com os problemas observados, vê-se não só a necessidade de maior atenção no financiamento do órgão público para esse setor como também um melhor gerenciamento.

Destacou-se a sobrecarga do profissional de enfermagem, visto que sozinho, tinha que realizar todo o cuidado com intensa demanda de pacientes somado à escassez de recursos humanos e materiais. Dessa forma, concluímos que o gerenciamento em enfermagem é algo de suma importância para o aprimoramento da assistência de enfermagem, onde torna-se possível compreender a função de cada setor desde a recepção até o alcance do melhor resultado visando a melhoria da qualidade de vida do paciente atendido.

Introdução: Diante de um mundo globalizado e em constante transformação, percebe-se o aumento da demanda de profissionais de saúde nas unidades de atenção básica. Este fato se deve ao aumento de comorbidades associadas a problemas de saúde, a falta de investimento em promoção da saúde e prevenção da doença e a ampliação das áreas de atuação em enfermagem.¹ Os profissionais de saúde devem estar preparados para gerenciar e administrar recursos humanos, físicos, materiais e de informação.² Do enfermeiro é exigido conhecimento (que conheça o que faz), habilidades (que faça corretamente) e tenha atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos. Ainda sobre a enfermagem, os profissionais exercem suas atividades em locais, nos quais a insalubridade é evidente e há falta de recursos humanos e materiais. Entre estes locais, destacam-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas quais expressiva quantidade de trabalhadores de enfermagem atua. Observam-se, em particular, na UBS, os baixos salários, a demanda intensa da clientela em relação às atividades assistenciais de enfermagem e as exigências do trabalho. Justifica-se o seguinte estudo visto que há uma discrepância entre a clientela e a qualidade da assistência dos serviços de saúde por não suprir a demanda necessária de atendimento.³ Logo, é necessário fazer uma análise acerca da qualidade do gerenciamento da unidade. O objetivo é refletir acerca dos desafios enfrentados pelos enfermeiros durante a atuação no pólo da dengue na Unidade Básica de Saúde no que diz respeito à estrutura, organização, planejamento, recursos materiais e recursos humanos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, caracterizado por um relato de experiência acerca de situações vivenciadas por alunos do curso de enfermagem da Universidade Federal Fluminense durante o ensino teórico prático da disciplina de Gerência I, realizado em uma unidade básica de saúde, localizada no município de Niterói, RJ. Os alunos foram separados e orientados a permanecerem por ao menos um dia em cada setor, a fim de entender o funcionamento e função do profissional responsável pelo espaço e a partir disso desenvolver uma visão crítica sobre as situações conflitantes que poderiam surgir durante a assistência, para dessa forma, entender como um enfermeiro no papel de gerente deve conduzir a rotina de uma unidade básica de saúde visando à garantia do bom funcionamento da instituição. **Resultados:** Observou-se que para a realização do atendimento à dengue, foi cedida uma sala da unidade, onde a medida que os pacientes chegavam, eram acomodados. Foram observados problemas acerca da estrutura da sala como o tamanho das cadeiras que ocupavam grande parte do espaço dificultando a locomoção; falta de assentos para os pais que acompanhavam as crianças, onde estas eram responsáveis pela maioria dos atendimentos; inexistência de um esfigmomanômetro exclusivo para as crianças; escassez nos recursos humanos, onde foi possível observar uma técnica de

enfermagem no setor que demonstrava despreparo para a realização de um atendimento seguro e dentro das normas técnicas, além do fato de que deveria ser do setor da dengue, porém como não houve notificações de dengue em Niterói, esta foi deslocada do setor de atendimento de pacientes com tuberculose, atuando no da dengue como se fosse emprestada; e ausência de médico somente para o setor, pois era necessário buscar a solicitação de exames de médicos de outros setores. **Conclusão:** De acordo com os problemas observados, vê-se não só a falta de um maior financiamento do órgão público para esse setor como também um melhor gerenciamento. Foi visível a sobrecarga do profissional de enfermagem, visto que sozinho, tinha que realizar todo o cuidado com intensa demanda de pacientes somado à escassez de recursos humanos e materiais. Dessa forma, concluímos que o gerenciamento em enfermagem é algo de suma importância para o aprimoramento da assistência de enfermagem, onde torna-se possível compreender a função de cada setor desde a recepção até o alcance do melhor resultado visando a melhoria da qualidade de vida do paciente atendido. **Referências Bibliográficas:** ¹ Fernandes M.C; Barros A.S; Silva L.M.S; Nóbrega M.F.B; Silva M.R.F; Torres R.A.M. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010; 63 (1): p. 11 – 15. ² Witt, R.R; Almeida, M.C.P. Competências gerenciais da enfermeira na atenção básica. *Revista Paulista de Enfermagem*. 2006; 25 (3): p. 170 – 176. ³ Cunha I.C.K.O; Neto F.R.G.X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? *Texto contexto enfermagem*. [internet] 2006; 15 (3): 479 – 482. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a13.pdf>. Acesso: 24/06/2012

Descritores: enfermagem, saúde pública, dengue

Projeto Fisioterapia na comunidade: a importância da extensão no fortalecimento acadêmico estudantil

Bruno Oliveira de Botelho

Kátia Suelly Queiroz Silva Ribeiro

Géssika Araújo de Melo

Mirela Ferreira Marcelino

Caracterização do Problema: O projeto Fisioterapia na Comunidade é uma atividade de extensão que pauta suas ações nos princípios teórico-metodológicos da Educação Popular, sendo desenvolvidas no bairro Grotão e na comunidade Maria de Nazaré, em João Pessoa-PB. O projeto tem uma ação didático-pedagógica, relativa ao aprendizado que suas ações propiciam aos participantes, e de compromisso social, referente às ações realizadas junto aos moradores da região. Este comprometimento é um dos principais objetivos do projeto, ou de qualquer extensão popular existente. O extensionista tem de abandonar uma visão positivista da ciência mais comumente realizada dentro da universidade. Aqui, ele deve ver-se como um ator do conhecimento produzido, inserir-se na realidade em que atua, com suas próprias reflexões, suas próprias conclusões, atuando com suas experiências anteriormente adquiridas ao decorrer de sua vida. Sendo assim, é de incentivo geral que os estudantes têm papel preponderante nesse processo, autonomia organizacional, voz e voto ativo. Descrição da Experiência: A atuação dos extensionistas se dá, atualmente, por meio (1) do grupo de crianças realizado na E.E.E.F. Gustavo Capanema, onde se desenvolvem ações a partir de temas que influenciam os estudantes no meio em que vivem; (2) do Programa de Orientação Postural (POP) que é desenvolvido a partir de ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde com os moradores da Comunidade Maria de Nazaré; (3) de visitas domiciliares, juntamente com o Projeto Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família (PEPASF), onde há acompanhamento de famílias da Comunidade Maria de Nazaré, de maneira interdisciplinar, no intuito de ampliar a visão de atenção à saúde. No projeto há reuniões que ocorrem semanalmente, sendo divididas em reuniões teóricas, organizativas e de grupos, ambas pautadas nos pressupostos da Educação Popular. Os estudantes assumem a responsabilidade no planejamento e na execução das atividades, bem como na condução das reuniões. Vale compartilhar que, o projeto tem uma soma de inúmeras experiências em sua história, estas são consultadas, modificadas e recriadas, sempre ao longo de sua história, que também serão tema deste trabalho em formato ampliado. Efeitos Alcançados: A Educação Popular em Saúde propicia um aprofundamento dos saberes, pautada no convívio academia/comunidade, oferecendo aprimoramento tanto no âmbito profissional quanto pessoal. O convívio com as camadas marginalizadas modifica o pensar e o agir dos estudantes, ajudando-os a compreender melhor o processo saúde/doença. Aprendem, na convivência com esses atores sociais, a importância do controle social. Recomendações: O Projeto Fisioterapia na Comunidade é relevante para a formação acadêmica, pois possibilita a experiência da alteridade, a

criação do vínculo, e dentro desse contexto a emancipação de sujeitos e formação de atores sociais mais autônomos, os quais continuamente aprendem, ensinam, refletem, agem e refazem suas práticas.

O projeto fisioterapia na comunidade é uma extensão popular universitária que conta com uma carga horária de 12 horas semanais, distribuídas nas diversas atividades, como ações de campo e reuniões ordinárias. O projeto tem ação municipal atuante nas comunidades Grotão e Maria de Nazaré, em João Pessoa - PB. O público envolvido nas ações do Fisioterapia na Comunidade dar-se por moradores de ambas as comunidades; trabalhadores da rede de saúde da família local; lideranças diverças como comunitárias e religiosas; intergrantes gestores; responsáveis pela rádio comunitária; estudantes, professores, coordenadores e diretores das escolas da comunidade. O Fisioterapia na comunidade teve origem no ano de 1993, criado por professores do departamento de fisioterapia da universidade federal da Paraíba. Inicialmente partiu de uma proposta conveniada, para que os estudantes partilhassem da demanda fisioterapêutica local e desenvolvessem suas técnicas especializadas. O público eram pacientes de média complexidade, que tinham dificuldades de acesso ao tratamento fisioterapêutico por dificuldades variadas. O caráter assistencial começou a mudar aos poucos, através da observação de uma necessidade muito mais abrangente das comunidades, carentes em serviços de atenção básica. Desde então tem representado um espaço de importante oportunidade para estudantes de períodos variados que desejam expandir seus conhecimentos na área. Com a pactuação do corpo docente, o Fisioterapia na Comunidade começou a aderir os princípios teórico-metodológicos da Educação Popular freiriana, que representa a linha de atuação desta extensão até os dias de hoje. Os estudantes, assim, começam a experienciar um cuidado horizontal no cuidar, trazendo bem mais abrangentes para seus usuários do que algo meramente pontual, utilizando de ações de campo de responsabilidade de qualquer cuidador de saúde capacitado. As atividades, atualmente, são variadas dependendo do nível de adiantamento em que se encontra o extensionista participante. Passam da atenção básica a média complexidade e até mesmo interlocutando a porta de entrada em casos de alta complexidade. Além disso, é importante frizar, a perspectiva pedagógica da troca de conhecimentos igualitária, com o aprendizado que suas ações proporcionam para os participantes de ambos os lados. Isto faz com que os usuários tenham acesso a conhecimentos, que infelizmente, são elitistas, razoavelmente inacessíveis e os extensionistas possam criar um comprometimento social. Este comprometimento é um dos principais objetivos do projeto, ou de qualquer extensão popular existente. O extensionista tem de abandonar uma visão positivista da ciência mais comumente realizada dentro da universidade. Aqui, ele deve ver-se como um ator do conhecimento produzido, inserir-se na realidade em que atua, com suas próprias reflexões, suas próprias conclusões, atuando com suas experiências anteriormente adquiridas ao decorrer de sua vida. Cabe aqui reconhecer, que é difícil para um cidadão condicionado à sociedade individualizada, enxergar a realidade do povo, alvo de seus estudos como uma dimensão que necessita de tamanha imersão. A educação popular já prevê que é difícil tanto para o opressor quanto ao oprimido, assumir sua responsabilidade nas injustiças desigualitárias que en-

contramos em meio a nós. E é essa a consciência que é o objetivo primordial da Fisioterapia na comunidade, a possibilidade de duas ou mais pessoas de diferentes realidades entrarem em uma comunhão de duas vias no cuidado. Que a amorosidade e o senso crítico como capacidade de questionar, tragam uma segunda opção ao paradoxo oprimido-opressor e a prática da desinformação como escolha. Em sua prática, o estudante tem direito a um protagonismo no planejamento estrutural do projeto. Este método administrativo visa fortalecer a pessoalidade dos extensionistas com atividades que eles realizam, para que a paixão e personalidade de cada um se faça presente no trabalho, transformando-o em uma atividade espontânea e bem cuidada. Seguindo esta lógica, Fisioterapia na comunidade tem se estruturado em ações de saúde individuais e coletivas, organizados por seus próprios participantes visando atuar nas mais diversas necessidades das comunidades e seus movimentos sociais e trabalhistas lá presente. As comunidades Grotão e Maria de Nazaré contam com estudantes que cursaram disciplinas especializadas em ortopedia, neurologia ou fisioterapia cardio-respiratória, para ações de saúde individualizadas em média complexidade. O atendimento é domiciliar e livre de custos, sendo realizado em média duas vezes por semana. O estudante deve, além do olhar fisioterapêutico, ter o olhar de uma visita domiciliar, na qual se amplia os braços da assistência comunitária, fazendo intermédio entre o usuário e o sistema de saúde. Sendo o projeto atuante desde 93, várias atividades de saúde em coletivo já tiveram seu início, decorreram pelo tempo e viram o seu fim por diversas razões. Não cabe aqui divagar sobre a ciência dos trabalhos em grupo, mas onde uma ação se vai, outra deve nascer em seu lugar. Pois os estudantes não são exonerados de suas obrigações para com o povo e muito menos as demandas de uma comunidade periférica facilmente se concluem. Portanto, os trabalhos realizados pelo projeto são fluidos como a ciência humana exige e deve levar em conta vários determinantes. Este trabalho abrange os grupos cujo atuações foram mais marcantes em sua história. Seus objetivos eram realizar a prevenção, promoção da saúde, baseado na procura local e fazer um paralelo com atividades semelhantes realizadas pelos postos de saúde da família oferecidas pela equipe de saúde. O grupo de educação em saúde na escola realizado na escola municipal Pedra do Reino, onde se desenvolvem ações a partir de temas trabalhados pela própria escola em conjunto com o corpo docente, temas estas que influenciam os estudantes no meio em que vivem. Reconhecendo que estudantes do primário estão em uma fase primórdial de sua formação educatória, a participação do projeto em escolas era uma das atividades realizadas com maior respeito pelos extensionistas, para a emancipação das gerações futuras em seus ambientes de opressão social. O principal princípio deste grupo era abrir um espaço para que as crianças participassem e falassem as visões de suas realidades de diversos assuntos, para que o trabalho educacional fosse de forma ativa e não uma mera exposição de um modelo de sociedade ideal que não os são realidade. O Programa de Orientação Postural (POP), que é desenvolvido a partir de ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde com os moradores da Comunidade Maria de Nazaré. O POP é de faixa etária livre, e sempre foi um dos grupos mais frequentados do projeto. Neste grupo sempre foi realizado educação em saúde de temas propostos pelos próprios participantes, para que assim os estudantes pudessem trabalhar uma

demanda real. Os participantes eram incentivados ao máximo a protagonizar cada encontro, e sempre foi importante a participação de um membro da equipe de saúde em suas reuniões. O predomínio eram idosos, mas qualquer pessoa as beiras do sedentarismo ou com queixas ortopédicas de coluna ou qualquer outras estruturas de fatores posturais eram bem vindos. O grupo Paz & Amor, foi realizado nas imediações do posto de saúde da Maria de Nazaré, e partiu de uma iniciativa da própria equipe que convidou os estudantes para levar as atividades afrente em conjunto. O nome foi criado pelos próprios participantes, o qual era conhecido antes como grupo de idosos, mudado por motivos bastante óbvios. Ele se dividia em duas etapas: atividades livres para manutenção da saúde e educação em saúde acerca de temas variados e a cada quinze dias, um grupo de retalhos, fuxico ou tricô facilitado pelos próprios participantes do grupo. Esta atividade era muito procurada pela população local, sendo uma prática de motricidade fina ao mesmo tempo recreativa, com a possibilidade da realização de brechós para a venda de seus produtos que geravam renda. A participação na rádio comunitária se deu pela disponibilidade de um horário na semana, em que os estudantes realizavam um programa chamado “Atchim! saúde”. Era composto de educação em saúde de forma expositiva com temas diferentes e colhidos da percepção de demanda da comunidade através dos grupos realizados. Diabéticos e Hipertensos era um grupo realizado em conjunto do Hiperdia do posto de saúde, em que usuários com tais acometimentos iam até a equipe com suas receitas receber a medicação. Ele acontecia na casa de uma moradora do Grotão, na frente do posto de saúde, que cedeu um espaço de sua casa para atividades do projeto e do posto de saúde. O comprometimento com esta moradora era tamanha que foi pintado em seu muro o símbolo do projeto e os horários dos grupos que lá aconteciam. Diabéticos e Hipertensos era um grupo de educação e saúde e acompanhamento das condições enfermas de seus participantes, além de atividades físicas semanais planejadas para cada necessidade lá presente. Em meio a sua história, o Fisioterapia na Comunidade tratava de forma muito eficiente a educação popular em saúde. No entanto, estas atividades acima citadas, somando com as reuniões ordinárias eram de seis horas semanais. Quando visualizou-se a necessidade de expandir para um trabalho de diversos níveis de adoecimento, como o social ou o psicológico, identificou-se um grupo que trabalhava na mesma comunidade com o mesmo cunho de atuação da educação popular. Se chegou a conclusão então que, ao invés de fazer-mos mais uma atividade semelhante aos moradores que lá residiam, por que não juntar-mos as atividades para fortalecê-la e tracar-mos aprendizados entre projetos, criando assim um caráter interdisciplinar a nossa atuação? Assim o Fisioterapia na Comunidade e o Projeto de educação popular e atenção em saúde da família (PEPASF) se uniram, completando um projeto de 12 horas semanais, dando a conformação a qual o projeto encontra-se hoje em dia: duas reuniões ordinárias, uma atividade de saúde em grupo e as visitas domiciliares de forma interdisciplinar.

Projeto de Extensão “Vidas Paralelas Paraíba”: um relato de experiência nas práticas da educação popular e tutorias a trabalhadores

Clara Isabel Nóbrega Saturnino¹

Anne Caroline Ferreira Freitas²

Joyce Gleyze de Araújo Gomes³

Fernando Silva Santos⁴

Jucelândia Nicolau Faustino Silva⁵

Elisabeth Luisa Rodrigues Ramalho⁶

Rodrigo Mendes Silva Luna⁷

Dailton Alencar Lucas de Lacerda⁷

Carina Carvalho Correia Coutinho⁸

O Projeto de Extensão “Vidas Paralelas Paraíba (PVP-PB)” constitui uma proposta de ação estadual para a qualificação do Controle Social em Cultura e Saúde do Trabalhador paraibano com fins de promover o protagonismo de trabalhadores em diversas categorias profissionais. O PVP-PB originou-se a partir da estratégia de ação nacional compartilhada pelos Ministérios da Cultura e Saúde, Universidade de Brasília e Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC_ST) nas áreas de Cultura e Saúde do trabalhador brasileiro, tendo apoio das Centrais Sindicais do país. No estado da Paraíba, o projeto é desenvolvida desde 2008 e tem como estratégia pioneira a presença de estudantes universitários no acompanhamento dos trabalhadores envolvidos, a partir de tutorias. Estas assumem particular importância nas ações do PVP-PB, pois contribuem para o exercício da Participação Social de estudantes e trabalhadores, revelando-se um dispositivo adequado no sentido de contribuir para a troca dos saberes (científico e popular) nos processos de aprendizagem guiados pela Educação Popular. O presente trabalho procura refletir sobre algumas experiências dos estudantes nas tutorias desenvolvidas junto aos trabalhadores, ao entender que a tutoria no projeto é uma forma de acompanhamento do trabalhador participante pelo estudante (tutor), tendo como um dos princípios deste acompanhamento o diálogo horizontal, a troca de saberes e o vínculo que é construído na relação entre esses atores. No projeto há trabalhadores de várias regiões do estado. As visitas acontecem tanto na residência do trabalhador quanto em seu âmbito de trabalho. São realizadas sistematicamente e periodicamente pelos tutores. Estes se organizam em duplas ou trios e fazem o acompanhamento semanal aos trabalhadores no decorrer de todo o ano letivo. Buscamos também apoiar o trabalhador nas dificuldades ao acesso dos serviços públicos nas diversas interfaces que envolvem o campo da saúde do trabalhador: saúde, previdência social, meio ambiente e trabalho/emprego. Como resultado, percebe-se que o trabalho de tutorias é regido por uma grata recompensa para todos os envolvidos, tanto os trabalhadores como os estudantes. Por fim, percebe-se que essa construção

compartilhada (tutor/trabalhador), orientada pela Educação Popular, favorece uma experiência reorientadora à formação dos estudantes na perspectiva de elucidar as realidades políticas sociais, enquanto aos trabalhadores, proporciona o fortalecimento à frente dos desafios encontrados nas suas realidades locais, e promovendo caminhos na busca da consolidação da Participação Popular e pelo direito pleno do trabalhador à saúde e cidadania.

O Projeto Vidas Paralelas é uma proposta nacional de ação compartilhada em saúde do trabalhador. Articula saúde e cultura num processo de qualificação da participação popular, onde os atores protagonistas (trabalhadores do setor formal e informal), em parceria com estudantes (tutores), professores e educadores populares, numa experiência de extensão universitária, constroem um espaço de reflexão crítica. A partir do seu próprio olhar e usando instrumentos de tecnologias atuais (registros de mídia e redes digitais), tendo como fio condutor a educação popular, os próprios trabalhadores sistematizam essa experiência. Na Paraíba, o Departamento de Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal ancora como atividade de extensão essa proposta. A iniciativa pioneira de envolver estudantes como tutores dos trabalhadores permitiu, intermediados pelos elementos da educação popular, um espaço dialógico do cuidado integral em saúde do trabalhador, onde o *acolhimento*, *troca de saberes*, *vínculo*, apontam para uma reorientação da formação em saúde, onde a interdisciplinaridade, intersetorialidade, integralidade e equidade, constroem uma concepção ampla do processo saúde-doença em saúde do trabalhador, que vai além desse campo. A relação também se deu na propagação da criticidade dos trabalhadores em relação aos acontecimentos da sua vida, como eles podem agir, aonde eles podem procurar respostas, colocando assim em prática o controle social. Por isso *vidas paralelas!* Metodologicamente *a tutoria* é uma forma de acompanhamento do trabalhador participante do projeto pelo estudante/tutor, tendo como um dos princípios o *diálogo horizontal*, onde a *troca de saberes* e o *vínculo* é construído na relação entre os atores e sobretudo na troca de experiências acerca da vida do trabalhador, seu cotidiano, e sua relação com mundo. Temos trabalhadores de várias regiões do estado da Paraíba (agreste, litoral, brejo e sertão). As visitas acontecem tanto na residência do trabalhador quanto em seu âmbito de trabalho. São realizadas sistematicamente e periodicamente pelos tutores. Estes se organizam em duplas ou trios e fazem o acompanhamento semanal aos trabalhadores no decorrer de todo o ano letivo. Em razão do distanciamento de algumas cidades, onde residem alguns dos trabalhadores, há a necessidade do acompanhamento não presencial através do meio de comunicação mais viável no momento, o telefone. Assim, a forma humanizada amorosa e acolhedora da relação, vai construindo uma outra lógica *no cuidado*, diferente daquela atualmente ainda hegemônica na formação em saúde, predominantemente focada na doença, na fragmentação do cuidado e na especialidade monodisciplinar (*biomédica*) do processo terapêutico. Buscamos também apoiar o trabalhador nas dificuldades ao acesso dos serviços públicos nas diversas interfaces que envolvem o campo da saúde do trabalhador: *saúde*, *previdência social*, *meio ambiente e trabalho/emprego*. Como resultado, percebe-se que o trabalho de tutorias é regido por uma grata recompensa para todos os

envolvidos, tanto os trabalhadores como os estudantes. Esse envolvimento perceptível é de tamanha importância, pois propicia um maior engajamento de todos na construção coletiva da participação popular, permitindo ao trabalhador o direito de ser ouvido e de se expressar com autonomia, levando a uma busca de reivindicações e melhorias no âmbito social e pessoal. Consideramos ainda que, as consequências encontradas desses acompanhamentos são todos importantes se considerarmos que houve uma evolução na construção desse processo e que a tutoria é um elemento fundamental nesse compartilhamento de ações. Trabalhadores que nunca tiveram acesso a essas tecnologias agora demonstram interesse e empolgação com a inclusão digital. Espera-se que num futuro próximo, a apropriação do conhecimento das tecnologias digitais (computador e internet), num processo de educação à distância venha ser uma alternativa para os trabalhadores que estão residindo em outros municípios. A tutoria permitiu ainda um comprometimento dos estudantes com um *outro modelo de atenção à saúde*, onde a *integralidade no cuidado* ao trabalhador, amplia a compreensão política desse campo. Já os trabalhadores, colocam-se como protagonistas nesse espaço, usando o conhecimento crítico oriundo da sistematização da experiência para apontar resoluções a partir das situações apresentadas. Notamos ainda que a visão analítica que a *educação popular* proporciona é o ponto forte e marcante do trabalho das tutorias. Além disso, a relação estudante/trabalhador é fortalecida com a convivência, nos quais os diálogos permitem uma maior motivação por parte do trabalhador. Nossa conclusão é que essa construção compartilhada (tutor/trabalhador), orientada pela educação popular, favorece uma experiência donde, da parte do tutor (estudante), reorienta sua formação na perspectiva do SUS no campo da *saúde do trabalhador*; enquanto da parte dos trabalhadores, proporciona o fortalecimento e a motivação da luta destes em mudar sua realidade na busca da consolidação da participação popular pelo direito pleno do trabalhador à *saúde e cidadania*. REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Relato de experiência e práticas pedagógicas de Educação em Saúde no grupo de Educação de Jovens e Adultos-EJA da cidade de Rio Grande-RS

Clarissa Resende Corrêa

Luan Menezes

Esse trabalho consiste em um relato de experiência vivenciado na Liga de Educação e Saúde(LES) a partir de dinâmicas de grupo realizadas com comunidades na cidade de Rio Grande-RS. A LES é um projeto de extensão que foi idealizado por acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande o qual objetiva ampliar e aplicar os conhecimentos dos estudantes sobre Educação Popular em Saúde. A partir deste momento, iniciamos a criação de três grupos, um que trabalhou com jovens e adultos do EJA-CAIC, outro com adolescentes do Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAIC) e um terceiro com idosos na UBSF do bairro Castelo Branco. Esses grupos são heterogêneos em faixa etária e localização geográfica da cidade. Sendo assim, as atividades e temas realizados com eles são adaptadas as suas necessidades e interesses próprios. Durante dois semestres nos inserimos na comunidade do EJA-CAIC onde realizamos diversos encontros quinzenais, nos quais elaboramos junto a comunidade atividades pedagógicas sobre temas escolhidos pelos participantes do grupo. Em um desses encontros construímos um varal no qual em vez de roupas, cada um de nós, pendurava um cartaz com o nome de um tipo de droga lícita ou ilícita e contava tudo que sabia ou imaginava sobre o tema. Após a exposição de cada participante, realizávamos uma discussão aberta as dúvidas e aos saberes dos participantes do grupo. Diante desta prática, percebemos uma mudança profunda nos acadêmicos e nos participantes do grupo. Os acadêmicos relataram que a experiência na LES com os grupos enriqueceu e transformou sua relação médico-paciente. Isso se deu através da mudança de paradigma dos acadêmicos em relação aos pacientes, que hoje são vistos como multiplicadores do saber em saúde. Por outro lado, os participantes relataram terem compreendido melhor os temas e que a partir do grupo seguiram multiplicando esse conhecimento. Isso lhes permitiu se tornarem sujeitos mais ativos e conscientes sobre sua saúde.

A Liga de Educação e Saúde (LES) surgiu em 2010 na Universidade Federal do Rio Grande (FURG) construída por acadêmicos do Curso de Medicina a fim de ampliar os espaços de reflexão e de atividades em Educação Popular em Saúde unindo os saberes das comunidades da cidade de Rio Grande-RS aos conceitos acadêmicos. Neste contexto, empreendemos diversas atividades em diferentes grupos e dentre eles na Educação de Jovens e Adultos (EJA) com o intuito de trazer à tona uma série de discussões com os jovens dessa escola. Vasconcelos define educação popular como um modo de participação para a organização de um trabalho político que abra caminho para a conquista da liberdade e de direitos. Ela

objetiva: trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. (Vasconcelos, 2001, p.4). Assim, o objetivo da Liga de Educação e Saúde é ampliar os saberes das comunidades e estudantes dotando-os de ferramentas para que obtenham a capacidade de optar e opinar em sua saúde. Para que fosse possível trabalhar Educação Popular em Saúde, tornou-se necessário o embasamento teórico dos acadêmicos de medicina, com a finalidade de transformar a atitude destes estudantes em relação ao processo de comunicação com o paciente e isso foi possível pela leitura semanal de textos de inúmeros autores, mas principalmente de Paulo Freire. Essas leituras fomentaram discussões sobre a hierarquia médica e sobre como, enquanto médicos, subestimamos o conhecimento de nossos pacientes colocando-os em posição passiva. Percebemos então a necessidade de igualar a relação médico-paciente e de resgatar esse paciente passivo a uma posição ativa e consciente sobre seu corpo e sua saúde, dotando-o da capacidade de opinar e resolver seu tratamento. A partir deste momento, iniciamos a criação de três grupos, um que trabalhou com jovens e adultos do EJA-CAIC, outro com adolescentes do **Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente** (CAIC) e um terceiro com idosos na UBSF do bairro Castelo Branco. Esses grupos são heterogêneos em faixa etária e localização geográfica da cidade. Sendo assim, as atividades e temas realizados com eles são adaptadas as suas necessidades e interesses próprios. Durante dois semestres, através do uso de dinâmicas pedagógicas criativas, conseguimos nos inserir na comunidade do EJA-CAIC e assim conquistar a confiança destes jovens e adultos para que pudéssemos construir conhecimentos sobre sexualidade, doenças psiquiátricas e até mesmo sobre drogadição. Em nossas práticas, utilizamos o princípio da igualdade de saberes, todos os participantes sentam-se em um círculo e dividem sua identidade e seus saberes sem o temor de serem julgados. Desta forma, foi necessário criar uma forma de interagir com os participantes, a fim de criar um vínculo e um espaço de confiança e entendimento mútuo. Praticamos diversos encontros quinzenais com o grupo, nos quais partimos da necessidade de aprofundamento de conhecimento dos participantes sobre diferentes temas em diversas escalas. Em uma de nossas dinâmicas, realizamos a montagem de um varal, no qual em vez de roupas, cada um de nós, pendurava um cartaz com o nome de um tipo de droga lícita ou ilícita e contava tudo que sabia ou imaginava sobre o tema. Após a exposição de cada participante, realizávamos uma discussão aberta as dúvidas e aos saberes dos participantes do grupo. Nesse contexto, um dos participantes perguntou: “Qual a diferença entre droga cheirada e droga na veia, qual pega mais rápido?” e outro participante da comunidade respondeu: “Quando tu cheiras a droga chega rápido no sangue, mas quando colocas na veia ela já está no sangue!”. Esta situação nos demonstrou o quanto a comunidade sabe sobre o tema e como eles se expressam de forma simples e correta sobre o assunto. Percebemos, ao longo de dois semestres de trabalho, uma mudança profunda nos acadêmicos e nos participantes do grupo. Os acadêmicos relataram que a experiência na LES com os grupos enriqueceu e transformou sua relação médico-paciente. Isso se deu através da mudança de paradigma dos acadêmicos em relação aos

pacientes, que hoje são vistos como multiplicadores do saber em saúde. Por outro lado, os participantes relataram terem compreendido melhor os temas e que a partir do grupo seguiram multiplicando esse conhecimento. Isso lhes permitiu se tornarem sujeitos mais ativos e conscientes sobre sua saúde.

A busca da saúde integral em comunidade

Cristina Gonçalves de Araújo

Tive a oportunidade de realizar quatro observações não participantes do Grupo de meditação Cristã na Igreja São Sebastião do Rio de Janeiro, como forma de trabalho de campo da disciplina Psicologia Social I, que tem em média 10 pessoas de idades variadas com o objetivo de compartilhar o saber sobre teologia e resgatar no decorrer de seus encontros a saúde social, física, mental e inclusive espiritual utilizando técnicas de respiração e meditação que é uma prática milenar oriental e que em seus depoimentos relatam relaxamento e controle do estresse.

*“Enquanto a respiração estiver irregular, a mente estará instável,
mas quando se aquieta a respiração, a mente também o fará. Hathya Pradipika.
(Neves, Neto, 2011 in Souto, 2009).*

Tenho percebido que técnicas antes vistas como alternativas e distantes tanto na área científica quanto na nossa comunidade ocidental cada vez mais ganham forma e força na busca por cuidados em saúde integral (corpo, mente e espiritualidade) vem mudando paradigmas na educação e em políticas de saúde no Brasil e no mundo. Tive a oportunidade de realizar quatro observações não participantes do Grupo de Meditação Cristã na Igreja São Sebastião do Rio de Janeiro, como forma de trabalho de campo da disciplina Psicologia Social I, que tem em média 10 pessoas de idades variadas com o objetivo de compartilhar o saber sobre teologia e resgatar no decorrer de seus encontros a saúde social, física, mental e inclusive espiritual utilizando técnicas de respiração e meditação que é uma prática milenar oriental e que em seus depoimentos relatam relaxamento e controle do estresse. Nos encontros há um cronograma que é realizado antes da prática da meditação; o grupo canta, faz exercícios leves e discute sobre temas de cunho religioso cristão, depois cada um expõe o que a reunião anterior pôde intervir durante a semana nas suas experiências cotidianas. Certo dia uma senhora de 87 anos desse grupo deu um depoimento: “- Fico às vezes sem vontade de sair de casa, cansada, com dores, mas nas quartas-feiras me arrumo e venho fazer a meditação. Inspiro, expiro, me concentro. Penso no que vocês me ensinaram aqui, na palavra Maranatha (que significa em Aramaico: Venha Senhor Jesus) e me sinto melhor. Volto para minha casa com mais disposição, com menos dores também. O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (Lei No. 971/2006) regulamentou o desenvolvimento das práticas integrativas no sistema público de saúde. Vale apresentar instituições que oferecem a sociedade suporte técnico em saúde integral: a UNIFESP destaca o pioneirismo da Unidade de Medicina Comportamental (1995) do Departamento de Psicobiologia no treinamento clínico e promoção de estudos acadêmicos sobre as terapias complementares (como: hipnose, yoga, meditação, entre outros). A USP realizou a criação do

“Projeto Zen” (2009 e 2010) no Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, disponibilizando a toda comunidade terapias complementares como meditação, terapia craniossacral e shiatsu. Em 2011, no Rio de Janeiro, assisti ao “I Seminário Internacional Consciência, Mente e Corpo”, como evento científico multidisciplinar, que teve como objetivo divulgar, debater e integrar estudos sobre a mente, a consciência e o corpo do ponto de vista teórico e aplicado a partir das neurociências, psicologia da saúde, psicologia cognitiva, psicologia positiva, filosofia da mente e da consciência e a interface entre abordagens ocidentais e orientais organizado pela Professora Cecília de Mello e Souza, do Instituto de Psicologia da UFRJ. Tal convergência oportunizou inúmeras inovações na medicina e na psicologia cognitivo-comportamental para se lidar com o estresse, a dor e doenças crônicas como complemento ao tratamento biomédico no sistema de saúde, sendo a meditação, por exemplo, preconizada pelo Ministério da Saúde desde 2006. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o estresse está associado a 07 entre cada 10 das principais causas de morte em países desenvolvidos (World Health Organization, 1994, Quick, Cooper, 2003). Estudos realizados no Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas em São Paulo, pelo Psicólogo Armando Ribeiro das Neves (2011), comprovaram com precisão, através de instrumentos de *biofeedback* alterações psicofisiológicas (medidas pela atividade eletrodérmica e pela variabilidade cardíaca antes, durante e após a meditação), e concluiu que há a redução do estresse em Terapia Cognitivo Comportamental e na prática da Medicina Comportamental a partir das principais técnicas de respiração quando inclusive inseridas no contexto da meditação. Acredito que nesse universo contemporâneo onde o tempo é um elemento escasso o estresse tenta fazer parte do nosso dia a dia. Ter uma rotina de atividades que cuide também do que acreditamos (fé, religião) associado a práticas complementares como arte, terapias, esportes, e a rede de apoio construída em torno dessas atividades, pela manutenção de amizades, nos ajuda a atenuar sofrimentos, trazendo conforto, confiança, melhorando a auto-estima, diminuindo níveis de estresse e minimizando doenças físicas e mentais.

Projeto Educação em Saúde em Hipertensão Arterial Sistêmica em estudantes do quinto ano do ensino fundamental

Daiane Ignácio Cesconetto

Educar crianças do quinto ano do ensino fundamental de uma escola da rede Estadual, pertencente à Região Metropolitana de Porto Alegre-RS, sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, criando um raciocínio de caráter preventivo.

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial. A medida da Pressão Arterial em crianças é recomendada em toda avaliação clínica após os três anos de idade, pelo menos anualmente, como parte do seu atendimento pediátrico primário, devendo respeitar as padronizações estabelecidas para os adultos. Em crianças a medida da Pressão Arterial depende da idade, sexo, percentil da estatura, sendo que se os valores estiverem iguais ou maiores ao percentil: Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) 95 a 99 mais 5 mmHg, a criança é considerada Hipertensa. A Hipertensão Arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da Pressão Arterial a partir de 115/75 mmHg em adultos de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da Pressão Arterial. A educação em saúde deve constituir parte essencial na promoção da saúde, na prevenção de doenças, como também contribuir para o tratamento precoce e eficaz das doenças, minimizando o sofrimento e a incapacidade, também permite a valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença. **Objetivos:** Educar crianças do 5º ano de um colégio da rede Municipal pertencente à região Metropolitana de Porto Alegre-RS, sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, criando um raciocínio de caráter preventivo. **Materiais e Métodos:** O delineamento do estudo é de caráter intervencionista, sendo a amostra composta por cinquenta e cinco crianças com idade de nove a treze anos de ambos os sexos pertencentes ao quinto ano do ensino fundamental. Nos encontros foi aplicado um questionário para avaliação inicial sobre o conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (avaliado por dois investigadores cegos), seguido de mensuração de Pressão Arterial, peso, altura, circunferência abdominal e Índice de Massa Corporal (IMC), após foi trabalhado através de aulas expositivas e dinâmicas o conceito, fatores de risco, complicações, prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Resultados Parciais:** Os dados parciais obtidos através da análise estatística nos mostra que a PAS média foi de 125,34 mmHg +/- 12,393 e a PAD 73,00 mmHg +/- 10,935; o peso médio foi de 41,430 Kg +/- 9,3041; a altura média foi de 1,4597 +/- 0,07786; o IMC foi de 19,641 +/- 3,4214 e Circunferência da Cintura foi de 66,910 cm +/- 9,5664. **Conclusão:** Através dos dados obtidos até o momento, percebe-se a importância da intervenção nas escolas, através de orientações sobre prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, como forma de educação e promoção em saúde.

Saberes e significados atribuídos a educação no cotidiano das práticas de atenção a saúde do idoso na Amazônia

Darlisom Sousa Ferreira

Elizabeth Teixeira

Iury Pedro Bento Barbosa

Cássia Rozária da Silva Souza

Este estudo visa apreender as representações sociais sobre educação entre idosos amazônidas atendidos em um Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) da cidade de Manaus, AM. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de caráter quanti-qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Elegeu-se o CAIMI Ada Rodrigues Viana (CAIMI zona oeste) como lócus deste estudo, por constituir-se espaço de imersão profissional e território de partilha nas ações de saúde e cuidado em enfermagem com idosos amazônidas. Foram sujeitos 75 idosos de ambos os sexos: 26% masculino e 74% feminino; na faixa etária de 60 a 86 anos. A produção de dados ocorreu com base na técnica de associação livre de palavras, utilizando-se do estímulo-indutor “EDUCAÇÃO”, complementada por uma questão aberta relativa ao significado do termo. A análise foi apoiada por um tratamento de dados com o auxílio do software Ensemble de Programmes Permettant L’Analyse Des Evocations⁶ EVOC2000® e análise de conteúdo. Constatou-se a partir da análise lexicográfica do estímulo-indutor “EDUCAÇÃO” que das 305 evocações, 133 eram constituídas por palavras diferentes; a média das evocações por sujeito é de 2,3; a média das ordens médias de evocação é 2,3 e a média das frequências de evocação é 8. As evocações detectadas como prováveis componentes do núcleo central, quais sejam: essencial, formação e moral, refletem saberes e significados atribuídos a compreensão da educação entre os idosos amazônidas. Este resultado reflete o posicionamento desses sujeitos perante o ser e o estar em uma organização social, pois manifestam um discurso de (des)alienação e (des)opressão a partir dos processos de educar/educar-se e cuidar/cuidar-se. Basicamente, estes idosos aproximam-se de uma postura freireana sobre o processo educativo. A representação da educação revela um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social. Compreendendo que a representação, assim como a formação, pode determinar os comportamentos e práticas de grupos como o grupo de idosos do CAIMI zona oeste, pensamos ser extremamente significativo utilizar esses achados para fundamentar e nortear a proposição de políticas públicas de educação em saúde no contexto da velhice na Amazônia. Os significados da educação relevam que existem pontos de influência e decisão às práticas educativas em saúde com idosos no CAIMI zona oeste. Dessa forma, a determinação do quadrinômio: essencial, formação e moral, (núcleo central da educação) proporcionaram a identificação de uma importante ferramenta para descobrir caminhos possíveis para as políticas públicas em educação em saúde. Então, se as representações sociais são consideradas um conhecimento socialmente construído e compartilhado

que rege a relação do sujeito com o mundo e com os outros, nós da área de saúde e enfermagem, temos à mão um estratégico referencial para entender os sujeitos (usuários e profissionais), inseridos nos espaços sociais de partilha e comunicação que ocupam.

A velhice é um processo pessoal, natural, indiscutível e inevitável, para qualquer ser humano, na evolução da vida. Nessa fase sempre ocorrem mudanças biológicas, fisiológicas, psicossociais, econômicas e políticas que compõem o cotidiano das pessoas¹. Os idosos, como todos, possuem necessidade de expressão e desejam uma função social útil. Em diferentes contextos e centros de atenção, convivem, trocam saberes, compartilham idéias, e assim, elaboram e transmitem representações. Este estudo visa apreender as representações sociais sobre educação entre idosos amazônidas atendidos em um Centro de Atenção Integral a Melhor Idade² (CAIMI) da cidade de Manaus, AM. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de caráter quanti-qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais³, e pela abordagem teórica complementar denominada Teoria do Núcleo Central⁴ ou Abordagem Estrutural das Representações Sociais⁵. Elegeu-se o CAIMI Ada Rodrigues Viana (CAIMI zona oeste) como *locus* deste estudo, por constituir-se espaço de imersão profissional e território de partilha nas ações de saúde e cuidado em enfermagem com idosos amazônidas. Foram sujeitos 75 idosos de ambos os sexos: 26% masculino e 74% feminino; na faixa etária de 60 a 86 anos. A produção de dados ocorreu com base na técnica de associação livre de palavras, utilizando-se do estímulo-indutor “EDUCAÇÃO”, complementada por uma questão aberta relativa ao significado do termo. A análise foi apoiada por um tratamento de dados com o auxílio do software *Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse Des Evocations*⁶ EVOC2000[®] e análise de conteúdo⁷. Constatou-se a partir da análise lexicográfica do estímulo-indutor “EDUCAÇÃO” que das 305 evocações, 133 eram constituídas por palavras diferentes; a média das evocações por sujeito é de 2,3; a média das ordens médias de evocação é 2,3 e a média das frequências de evocação é 8. As evocações detectadas como prováveis componentes do núcleo central, quais sejam: **essencial, formação e moral**, refletem saberes e significados atribuídos a compreensão da educação entre os idosos amazônidas. Observa-se, nesse resultado, que o **significado da educação** para os sujeitos do estudo é fortemente marcado por **elementos positivos**, o que é identificado pelas palavras constituintes do núcleo central. A **palavra formação** foi a que mais se destacou. Nessa categoria foram agrupadas as evocações *conhecimento, saber, sabedoria, transmitir, recepção, inteligência, criação, ensino, escola, escolaridade, estudo, preparação, preparo, progrediu, reciclagem, leitura, ler e livros*. Esta foi identificada como uma categoria bastante forte, tendo englobado 18 palavras diferentes, em 47 ocorrências sendo o léxico com maior frequência e que foi mais prontamente evocado, o que evidencia uma dimensão imagética que expressa à educação percebida pelo idoso do CAIMI zona oeste, enquanto uma propriedade (um bem) inerente ao ciclo vital de todo ser humano. Este resultado reflete, também, o posicionamento desses sujeitos perante *o ser e o estar* em uma organização social, pois manifestam um discurso de *(des)alienação e (des)opressão* a partir dos processos de *educar/ educar-se e cuidar/ cuidar-se*. Basicamente, estes idosos aproximam-se de uma postura freireana sobre

o processo educativo. A **palavra essencial** reafirma esta assertiva, pois evidencia entre os idosos, mesmo em vias de envelhecimento, algo indispensável à manutenção da vida desses sujeitos. Pode estar relacionada com a necessidade de retomada dos processos de ensinar e aprender nem sempre comuns a este grupo, nesta fase da vida. O **léxico moral** é um elemento que pode estar associado aos processos familiares e sociais partilhados e vivenciados no cotidiano do CAIMI. Diariamente, idosos e idosas da cidade de Manaus, enquanto cuidam da saúde, *compartilham saberes, hábitos, condutas e bons costumes* uns com os outros. A experiência de vida de cada um é revelada pela riqueza de cada narrativa, tão comum daquele espaço e cotidiano. Nesse sentido, compreendemos **moral** como um atributo humano que tem estreita relação com a educação, sendo determinada por um conjunto de atitudes que atravessam gerações, ou seja, é intergeracional, atuando sob os indivíduo e suas relações com o meio ambiente humano ou não, estabelecendo conexões e limites nos processos de viver em sociedade/ comunidade. A **representação da educação** revela um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social. Compreendendo que a representação, assim como a formação, pode determinar os comportamentos e práticas de grupos como o grupo de idosos do CAIMI zona oeste, pensamos ser extremamente significativo *utilizar esses achados para fundamentar e nortear* a proposição de políticas públicas de educação em saúde no contexto da velhice na Amazônia. Os **significados da educação** relevam que existem pontos de influência e decisão às práticas educativas em saúde com idosos no CAIMI zona oeste. Destaca-se um campo representacional que instrumentaliza a proposição de estratégias, projetos e/ou programas, que fortaleçam as práticas ali em curso, num sentido de situar a formação como um processo permanente na vida dos idosos e profissionais daquela unidade de saúde. As implicações desses significados para as atividades de educação em saúde no CAIMI zona oeste também são dignas de reflexão. Se os idosos assim **representam a educação**, então, cabe a nós, educadores profissionais de saúde potencializar nossos atributos pedagógicos, num sentido de desempenhar processos e práticas sistemáticas de educar para a saúde e cuidado dos idosos amazônidas. As atividades de educação em saúde necessitam, nessa perspectiva, compartilhar métodos e técnicas de ensino aprendizagem que (re)configurem o desenvolvimento das ações com foco na promoção de estilos de vida saudáveis. Em busca de uma aproximação, mesmo que transitória, dos **significados de velhice e educação**, refleti que práticas sócioeducativas em saúde, explicitam como um processo educacional formal ou não-formal deve promover a (re) tomada de consciência por parte dos idosos sobre seus direitos, sua qualidade de vida, suas formas de auto-realização e o papel social, que mesmo envelhecidos, podem desempenhar. Dessa forma, a determinação do quadrinômio: **essencial, formação e moral**, (núcleo central da educação) proporcionaram a identificação de uma importante ferramenta para descobrir caminhos possíveis para as políticas públicas em educação em saúde. Então, se as representações sociais são consideradas um conhecimento socialmente construído e compartilhado que rege a relação do sujeito com o mundo e com os outros, nós da área de saúde e enfermagem, temos à mão um estratégico referencial para entender os sujeitos (usuários e profissionais), inseridos nos espaços sociais de partilha e comunicação que ocupam. É preciso dizer que

nesse contexto (CAIMI zona oeste) as RS permitiram revelar as necessidades do grupo para além da dimensão biológica, em que se pôde identificar o deslocamento da percepção social sobre o idoso enquanto um ser improdutivo, inútil e que nada aprende. O idoso do CAIMI zona oeste representa a educação na velhice como uma fase repleta de possibilidades no processo de viver. Nesse sentido, emerge como produto do estudo e materialização da idéia da pesquisa, **uma proposta de projeto de educação permanente para os profissionais que trabalham no CAIMI**⁸, afim de que este retorne a unidade em caráter experimental, e seja discutido entre os profissionais. **Referencias:** 1. Zimerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2000. 2. Susam. Secretaria Estadual de Saudade do Amazonas, Manual de procedimentos: Centro de Atenção integral à Melhor Idade – CAIMI, Programa de Revitalização da Saúde. Manaus: SUSAM; 2002. 3. Moscovici S. A Representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. 4. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Rio de Janeiro: Vozes; 1996. 5. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP & Oliveira DC (Orgs). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB Editora; 2000. 6. Vergès P. EVOC – Ensemble de programmes permettant l’analyse des évocations – Manuel version 2. Aix-em-Provence: LAMES; 1999. 7. Bardin L. Análise de conteúdo - Revista e Actualizada. Lisboa: Edições 70; 2008. 8. Ferreira DS. Educação não tem idade: representações sociais e práticas educativas em saúde na Amazônia [dissertation]. Belém: Centro de Ciências Sociais e Educação/ UEPA; 2010. 119 p.

Descritores: Psicologia Social. Idoso. Enfermagem.

As contribuições da educação popular no acompanhamento de gestantes e puérperas

Dayse Caetano Beserra Dias

Thayana Jovino Oliveira

Maria do Socorro Trindade Morais

O Projeto de Extensão “Educação Popular em Saúde na Atenção às Gestantes e Puérperas na Comunidade Vila Saúde” (PROGEP), da Universidade Federal da Paraíba, é desenvolvido no bairro do Cristo, na cidade de João Pessoa. Este projeto procura valorizar os saberes e as práticas populares buscando voltar estes para a assistência das gestantes e puérperas vinculadas à Unidade de Saúde da Família Vila Saúde, bem como promover a autonomia dos extensionistas. Para tanto são utilizadas práticas como rodas de conversa, grupos de gestantes, oficinas educativas, entre outras, à luz da Educação Popular que, neste contexto, é utilizada como estratégia de intervenção para o acompanhamento das gestantes e puérperas aqui mencionadas. Ao realizar estas atividades, com base nos princípios da Educação Popular, observa-se maior integração entre as gestantes, as puérperas e os extensionistas, proporcionado o desenvolvimento de vínculos, maior intimidade com a atenção básica e com os movimentos sociais. Isto deve-se ao fato de que esta é uma educação baseada no diálogo, que permite e promove a troca de saberes científicos e populares, fortalecendo a perspectiva de compromisso com a saúde e, principalmente, com a comunidade, tornando-a ativa no processo de promoção da saúde.

Ações educativas com crianças: transformando sujeitos

Alanna Filgueiras Gonçalves de Farias

Dayse Kalyne Gomes da Costa

Evelhine de Lourdes Neves de Oliveira

Juhyana de Lira Fernandes

Marísia Oliveira da Silva

Valeska Henrique Dias Tenório

Tratando-se do processo educacional, este pode ser considerado tanto numa perspectiva tradicional e conservadora, quanto numa perspectiva crítico transformadora. No desenvolvimento da nossa prática, o Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF), tem nos proporcionado experiências direcionadas à uma perspectiva crítico transformadora. Neste contexto, o citado Projeto, há 14 anos atua na Comunidade Maria de Nazaré, localizada na cidade de João Pessoa-PB, tendo como base os princípios de educação popular sistematizado por Paulo Freire e uma perspectiva interdisciplinar. Tal projeto é desenvolvido por estudantes, professores e profissionais graduados, das mais diversas áreas de conhecimento, atrelados a universidades privadas e públicas do referido município. O referido projeto apresenta atividades que incluem reuniões semanais, com o objetivo de realizar estudos teóricos; análise de casos das famílias assistidas; discussão e tomada de decisão acerca do desenvolvimento do projeto, além da participação nas reuniões da associação comunitária, apoiando os movimentos político-sociais organizados pelos líderes comunitários e moradores da comunidade. Outros projetos de extensão da UFPB se apresentam vinculados ao PEPASF, exibindo ações conjuntas e específicas, tais como: Projeto Fisioterapia na Comunidade, Para Além da Psicologia Clínica Clássica: Atenção à Saúde na Comunidade Maria de Nazaré e Projeto de Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador. O Para Além vem sendo desenvolvido, articulando fundamentos teóricos-metodológicos da Psicologia Clínica (Abordagem Centrada na Pessoa- ACP), da Psicologia Social Comunitária e da Educação Popular. O CriAção (Criatividade em Ação) foi criado pelo Para Além em agosto de 2008, porém as atividades não são exclusivas aos estudantes de psicologia, participando dele estudantes de diversos cursos (Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Pedagogia, entre outros), e não apresentando finalidade psicoterapêutica. O grupo CriAção tem suas atividades desenvolvidas aos sábados, das 13:00 às 15:00, com crianças de 7 a 12 anos que se encontram em situação de risco, com o objetivo de desenvolver a socialização dos participantes; a formulação de valores; aprimorar a auto-estima e a autonomia, além de ampliar suas criatividade. As oficinas de criatividade realizadas com as crianças oferecem às mesmas um espaço em que são tratados com dignidade, respeitando suas singularidades e as estimulando a se tornarem sujeitos pensantes e de ação, onde podem desenvolver a escolha, criação e expressão de forma livre por meio de recursos artísticos (teatro, pintura, desenhos, danças, entre outros). Nas oficinas realizadas as crianças trazem temáticas de suas realidades, seus mundos

próprios e pessoais, que são trabalhadas de forma lúdica, sendo esta uma maneira de interação compatível com o estágio infantil do desenvolvimento, contribuindo para que elas reflitam sobre si, sua realidade e o mundo em que vivem. Deste modo, pode-se observar que o grupo CriAção se apresenta como uma ação de extrema importância, já que contribui para processos de reflexão, de mudança e de passagem a um sujeito ativo. Deve-se observar, no entanto, que tais contribuições não se dão de maneira exclusiva apenas com as crianças, é também visível as consequências sobre os próprios facilitadores, pois estes, também, transformam e modificam seus próprios modos de ser, agir e pensar.

O processo educativo pode ser considerado tanto numa perspectiva tradicional e conservadora, quanto numa perspectiva crítico transformadora. No contexto de nossa práxis desenvolvida através do Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF), temos vivenciado experiências, as quais, se direcionam para uma perspectiva mais crítico transformadora. Nesta perspectiva, o citado Projeto, vem desenvolvendo e se inserindo, há 14 anos, em várias modalidades de ações, na Comunidade Maria de Nazaré, localizada na cidade de João Pessoa-PB. Tendo a Educação Popular como um dos seus fundamentais aportes teórico-metodológicos, o PEPASF considera o processo educativo como um fenômeno situado histórico-socialmente, e que, enquanto prática da liberdade deve estar comprometido com a transformação dos sujeitos e da sociedade (FREIRE, 2009). Nesse sentido, e de acordo com Gadotti (2000) a educação é um ato político e de transformação social que tem como base o conhecimento, em suas mais diferentes formas. As práticas de educação popular se instituem, assim, pela determinação de se constituir lugares em que o poder se dá de forma compartilhada através de uma relação igualitária. A educação se vincula às relações de solidariedade entre sujeitos, sujeitos esses ativos-reflexivos, capazes de superar dogmas e preconceitos (BRANDÃO, 2006). Tendo em vista zelar por uma constante troca de saberes, o PEPASF se caracteriza por seu caráter interdisciplinar. Esta interdisciplinaridade envolve a interação entre as áreas do conhecimento visando à superação de saberes específicos e fragmentados, implicando, necessariamente, em uma troca de saberes, a qual, de acordo com Vasconcelos (1996), se constitui em uma relação horizontal de poder entre os sujeitos envolvidos, baseada na reciprocidade e enriquecimento mútuo. No PEPASF, a interdisciplinaridade é possibilitada pela inserção de estudantes e professores das mais diversas áreas de conhecimento, atrelados a universidades privadas e públicas do referido município. Desse modo, as ações do Projeto são organizadas através de várias formas de atuações: visitas domiciliares, em duplas interdisciplinares, para acompanhamento do processo saúde-doença das famílias da comunidade; grupos com demandas e faixas etárias específicas (idosos, gestantes, trabalhadores, crianças, entre outros). Assumindo, mais explicitamente, o compromisso político do Projeto, temos também disponibilizado apoio social e político às iniciativas e lutas da Comunidade. As diversas ações citadas são desenvolvidas a partir da interlocução com os demais projetos que atuam articuladamente com o PEPASF, a saber: “Projeto Fisioterapia na Comunidade”; “Para Além da Psicologia Clínica Clássica: Atenção à Saúde na Comunidade Maria de Nazaré”; e o “Projeto de Educação Popular e Aten-

ção à Saúde do Trabalhador”. Os projetos vinculados à comunidade Maria de Nazaré apresentam aos extensionistas envolvidos um maior comprometimento e compreensão sobre o processo saúde-doença e o cotidiano das classes populares, possibilitando que os participantes obtenham uma formação, tanto profissional como pessoal, mais humanizada, crítica e reflexiva. É importante esclarecer que o “Projeto Para Além da Psicologia Clínica Clássica” foi criado, em 2004, com a finalidade de inserir a psicologia “para além” dos limites do modelo clínico tradicional. Nessa direção, o referido Projeto tem buscado articular, na sua práxis, principalmente os fundamentos teórico-metodológicos: da Psicologia Humanista de Carl Rogers (Abordagem Centrada na Pessoa- ACP); a Psicologia Social Comunitária e a Educação Popular de Paulo Freire. A Psicologia Humanista de Rogers é uma abordagem psicológica que visa compreender as pessoas, na sua integralidade, respeitando a singularidade das experiências subjetivamente e objetivamente vividas (o vivido) pelos sujeitos. Abordagem que possui na sua base uma profunda confiança no potencial humano para o crescimento e auto-realização. Apostando nas atitudes facilitadoras (do educador ou psicoterapeuta) de empatia, congruência (autenticidade) e aceitação incondicional, enfatiza a necessidade de se contribuir para o desenvolvimento da criatividade, liberdade e autonomia dos sujeitos (ROGERS, 1978). A Psicologia Social Comunitária é utilizada no Projeto, pela sua ênfase no aspecto histórico-crítico, permitindo entender a complexidade do cotidiano e das diversas experiências comunitárias, valorizando a interlocução entre o saber produzido pelos movimentos sociais e outros saberes (CAMPOS, 2000). Norteando-se pelos fundamentos referidos, o “Projeto Para Além” criou, em 2008, o “Grupo CriAção” (Criatividade em Ação), ao observar a necessidade de se ter uma atenção especial voltada às crianças da Comunidade Maria de Nazaré, no sentido de contribuir para a inclusão das crianças em situações de risco e vulnerabilidade social. Neste sentido, o grupo visa contribuir com o desenvolvimento da socialização; formação de valores; fortalecimento da autoestima; desenvolvimento da autonomia e criatividade das crianças. Esse grupo, apesar de ter sido criado pela psicologia, não é exclusivo para estudantes desta área, por não apresentar finalidade psicoterapêutica. Sendo um grupo educativo, participam universitários de diversos cursos (Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Pedagogia, Odontologia, Nutrição, entre outros), que facilitam as oficinas realizadas semanalmente. O grupo realiza oficinas de criatividade que, de acordo com Schmidt e Ostronoff (1999), podem ser compreendidas como espaços de construção da experiência subjetiva e grupal, através do uso de recursos artísticos de expressão, podendo contar com a movimentação corporal e a atividade de expressão plástica e de linguagem. Dentro deste contexto são realizadas as oficinas no grupo, que abrangem crianças da faixa etária de 7 a 12 anos, moradoras da citada comunidade, que se encontram em situações de vulnerabilidade, expostas ao tráfico e a outras condições de risco. O grupo CriAção realiza suas atividades aos sábados, a partir das 13:00 até, aproximadamente, às 15:00, na Associação Comunitária Maria de Nazaré (ACOMAN). São realizadas oficinas, as quais são planejadas a partir da opinião das próprias crianças, aproveitando o espaço para expor seus desejos e colocar para o grupo suas ideias. Segundo Freire (2000) as crianças devem crescer no exercício da habilidade de pensar, de indagar-se e de indagar, de duvidar, de

experimentar proposições de ação, de planejar e não se contentar em apenas seguir os programas a elas impostos. Ao se propor ação de educação infantil se faz necessário situar a criança na sua posição social, ambiental, cultural e no contexto das interações que se estabelecem com os elementos e seres que estão à sua volta, ou seja, o processo educativo deve dar conta das dimensões que envolvem a criança, de acordo com suas necessidades e interesses e as concepções da cultura e da sociedade na qual ela está inserida. Assim como propõe Freire (2009), estes são saberes, retalhos da realidade, desconectados da totalidade em que se produzem e em cuja visão ganharia significação diante desta prática. A criatividade das crianças é estimulada através de oficinas de desenho, teatro, pintura, música, dança, dinâmicas de grupo, criação de histórias, roda de conversa, exposição de trabalho, jogo, cinema, entre outros. As atividades são desenvolvidas de maneira lúdica, trabalhando a realidade das crianças, fazendo-as produzirem reflexões sobre a temática abordada. Ao término de cada oficina os facilitadores se reúnem para avaliar a atividade executada, estando atentos às situações de exclusão que possa vir a ocorrer em relação às crianças, observando a evolução das mesmas e buscando sempre um melhor desenvolvimento das atividades, lembrando sempre de colocar em prática o princípio norteador do Projeto, que é a Educação Popular. Neste mesmo momento também são planejadas as atividades para o próximo encontro, levando sempre em consideração a opinião das crianças. Com o andamento do grupo, desde o início até as últimas oficinas realizadas, pode-se observar mudanças no comportamento das crianças, no que diz respeito à maior participação nas atividades, estas se apresentam mais comunicativas e com a autoestima mais fortalecida, favorecendo o protagonismo no mundo em que estão inseridos. Deste modo, pode-se observar que o grupo CriAção apresenta-se como uma ação de extrema importância, já que contribui para processos de reflexão, de mudança e de transformação de sujeitos. Pode-se observar que o grupo fornece às crianças da comunidade Maria de Nazaré, um lugar de constituição de valores, de troca de saberes, sejam eles científicos ou não, e de desenvolvimento das potencialidades criativas intrínsecas ao sujeito. Deve-se observar, no entanto, que tais contribuições não se dão de maneira exclusiva apenas com as crianças, pois são também visíveis as consequências sobre os próprios facilitadores, pois estes, também, se transformam e modificam seus próprios modos de ser, agir e pensar. Os facilitadores passam por um processo de aprendizado junto às crianças, sendo necessário conhecer a realidade a qual elas estão inseridas, para poder conseguir interagir, obter a confiança e o vínculo com as mesmas. E é brincando, estimulando nossa imaginação e nossa criatividade que conseguimos crescer, pessoal e profissionalmente, junto com as crianças. REFERÊNCIAS: BRANDAO, C. R. **O que é educação popular**. São Paulo: Brasiliense, 2006. CAMPOS, R. H. F. **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 48ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009. FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**. Cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000. GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 14, n. 2, Junho, 2000 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-8839200000020_0002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Junho 2012. SCHMIDT, M. L. S.; OSTRONOFF, V. H. Oficinas

de Criatividade: elementos para a explicitação de propostas teórico-práticas. In: Morato, H. T. P. (Org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. ROGERS, C.. **Liberdade para Aprender**. 4 ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1978. VASCONCELOS, E. **Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental**. Escola de Serviço Social da UERJ. Rio de Janeiro: Mimeo, 1996.

A enfermagem na comunidade Maria de Nazaré: relato de uma experiência em educação popular

Dayse Kalyne Gomes da Costa

Débora Rodrigues Alves de Lima

Emille Bruna Santos de Sousa

Jéssica Patrícia de Almeida Pontes

Luana Lima Guimarães

Natália Fontana

Patrícia Serpa de Souza Batista

A enfermagem vem tendo destaque e conquistando espaço dentro da atenção primária a saúde, assumindo um papel categórico na determinação dos cuidados necessários à população, ao realizar ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde. O processo ensino-aprendizagem tem grande relevância na formação do profissional de enfermagem, logo, a extensão universitária abre caminhos na busca de saberes que ultrapassam a teoria vista na academia, permitindo um contato rico e repleto de possibilidades entre a Universidade e a Sociedade. Dentro deste contexto, a extensão universitária norteadada pela educação popular, possibilita uma ação problematizadora, baseada no diálogo e pela busca da autonomia, além de originar uma intencionalidade política capaz de promover a transformação daqueles que a praticam, onde conhecimentos e experiências acadêmicas e populares são trocados, entre os estudantes, professores e a comunidade. Dentro desta perspectiva surge o trabalho desenvolvido pelo Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF), que atua desde o ano de 1997, na Comunidade Maria Nazaré, localizada na cidade de João Pessoa-PB, realizando ações fundamentadas na pedagogia de Paulo Freire, onde são estimulados o diálogo, a autonomia e o protagonismo estudantil. Este trabalho tem por objetivo relatar uma experiência referente à atuação da enfermagem no Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família, desenvolvido na Comunidade Maria de Nazaré. Como caminho metodológico utilizou-se a sistematização de experiências realizada por estudantes do curso de graduação/técnico de Enfermagem participantes do PEPASF, de acordo com suas vivências nas visitas domiciliares e atividades coletivas realizadas na Comunidade Maria de Nazaré. A prática da enfermagem dentro do PEPASF baseia-se na realização de visitas domiciliares semanais, onde se torna possível conhecer o contexto de vida dos moradores da comunidade, em todos os seus aspectos, como a sua condição de moradia e suas relações familiares, além de instigar a participação comunitária numa perspectiva política, onde os moradores lutam por seus próprios interesses, tornando-os indivíduos politicamente ativos e protagonistas na busca de suas realizações. No que diz respeito às atividades coletivas, dentro do PEPASF são realizados grupos educativos e atividades com a comunidade, em conjunto com a Associação Comunitária Maria de Nazaré (ACOMAN). Como contribuição para a prática

da enfermagem, o processo de aprendizado vivenciado junto à comunidade permite que o profissional preste um cuidado humanizado, diferenciado e integral a cada indivíduo, levando em consideração o saber popular já existente, além de estar inserido no contexto social e político, atuando de forma ativa e participativa. No entanto, para que o cuidado de enfermagem seja realizado desta maneira, se torna necessário o desenvolvimento de políticas mais intensas na formação dos profissionais de saúde, tendo a educação popular como metodologia nas suas formações.

INTRODUÇÃO: Como profissional atuante na equipe de saúde da família, o enfermeiro vem ganhando espaço na atenção primária à saúde, assumindo um papel cada vez mais decisivo na identificação dos cuidados necessários à população, atuando na promoção e proteção da saúde. O cuidado de enfermagem é, desta forma, um elemento fundamental no sistema de saúde, onde sua autonomia e o protagonismo social são constituídos por conhecimentos teórico-práticos para o desenvolvimento de ações comprometidas com o bem-estar social. Dentre as práticas de enfermagem desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família (USF), estão incluídas a identificação e socialização com a equipe de saúde de problemas enfrentados pelas famílias; o diálogo com o paciente para aliviar sua tensão devido ao processo saúde-doença, esclarecendo procedimentos e demais dúvidas que possam surgir; a enumeração de problemas juntamente com a equipe e a busca para uma solução em conjunto com as famílias, favorecendo a autonomia na resolução; e atividades de educação em saúde (BACKES et al, 2012). Tendo em vista a importância do ensino-aprendizagem na formação do profissional de enfermagem, atividades são realizadas na atenção primária à saúde, destacando-se nesse contexto, aquelas desenvolvidas mediante a participação estudantil na extensão universitária. Nesse contexto, a extensão universitária se torna um processo educativo e científico que estimula a produção de saberes, viabilizando uma relação transformadora entre a Universidade e a Sociedade. Nessa perspectiva, destaca-se a extensão universitária norteadada pela educação popular, a qual é considerada por Melo Neto (2006), como “extensão popular”, caracterizando-se como um trabalho social e útil que contempla a intencionalidade política de transformação social. Esta é uma experiência na sociedade que coloca em prática conhecimentos acadêmicos e populares, estando baseada na troca de saberes, produzindo, assim, um confronto do acadêmico com a realidade da comunidade. Desta forma, a extensão universitária possibilita uma prática interdisciplinar em um cenário de real atuação social, através de um processo dialético teórico/prático e problematizador. No contexto da saúde, destacam-se projetos de extensão norteados pela educação popular, como o Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF), que atua desde o ano de 1997, na Comunidade Maria Nazaré, localizada na cidade de João Pessoa-PB. O mesmo realiza ações a partir da perspectiva freireana, baseado no diálogo e no respeito à cultura local, onde estudantes são incentivados a desenvolver sua autonomia e protagonismo, a fim de promover uma educação horizontalizada. Conforme Vasconcelos (2006), a educação popular em saúde realiza ações que envolvem as dimensões do diálogo, do respeito e da valorização do saber popular, sendo considerada um instrumento de construção para uma saúde mais integral e adequada à vida da população. Nesse sentido, traz para o

trabalho em saúde, em especial para o da enfermagem, aspectos condizentes com uma educação problematizadora, que procura por meio de uma educação dialogada, promover saúde e apoiar a população na luta por melhores condições de vida. Com base nessas considerações, nós, estudantes e professora de enfermagem atuantes no PEPASF, nos motivamos a desenvolver este relato de experiência sobre a atuação da enfermagem neste Projeto. OBJETIVO: Relatar uma experiência referente à atuação da enfermagem no Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família, desenvolvido na Comunidade Maria de Nazaré. METODOLOGIA: Como recurso metodológico utilizou-se a sistematização de experiências realizada por estudantes do curso de graduação/técnico de Enfermagem participantes do PEPASF, de acordo com suas vivências nas visitas domiciliares e atividades coletivas realizadas na Comunidade Maria de Nazaré. DISCUSSÃO: Evidências mostram a relevância do papel do enfermeiro na saúde coletiva, em diferentes espaços sociais, tendo a possibilidade de atuar, com criatividade e autonomia, nos diversos níveis de atenção à saúde. As intervenções ocorrem a partir do levantamento de situações críticas e sistematização de um plano de cuidados específicos para cada indivíduo, levando em consideração todas as suas dimensões de forma integral e holística. A educação popular não só permite a inclusão de novos atores no campo da saúde, como fortalece a organização social e estimula a ampliação das práticas das equipes de saúde. A educação popular em saúde, portanto, sugere uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, mediante uma pedagogia dialógica e problematizadora, em que ambos se completam de forma recíproca, buscando a intensificação da participação popular de forma democrática nas políticas públicas. Cabe destacar que Freire (2005), propõe uma educação crítica, participativa, baseada no diálogo problematizador, diferente da educação bancária que converte o homem em depósito de conteúdos, desumanizando-o. A prática da enfermagem norteadada pelo PEPASF baseia-se na realização semanal de visitas domiciliares, o que possibilita criar e fortalecer vínculos com as pessoas visitadas, conhecer o contexto de vida dos moradores da comunidade, sua condição de habitação e suas relações familiares, além de estimular a participação da comunidade numa perspectiva política que envolve questões pertinentes aos seus próprios interesses, tornando-os indivíduos politicamente ativos e protagonistas na busca pelos seus próprios direitos, contribuindo, desta forma, para melhores estratégias de saúde atreladas à comunidade. O atendimento domiciliar está direcionado para a reestruturação das práticas de saúde, transpondo os limites dos serviços de saúde e voltando seu olhar para o domicílio das famílias e espaços comunitários. Deste modo, as visitas domiciliares realizadas pelos universitários do PEPASF consistem no acompanhamento familiar semanal, onde os estudantes observam o ambiente e dialogam com os moradores, tentando problematizar situações de saúde e sociais vivenciadas por eles. Nesse sentido, como refere Batista (2012), esta prática de educação popular em saúde permite uma aproximação do estudante com uma perspectiva integralizadora do cuidado no contexto familiar, despertando-o para uma assistência que transcende a perspectiva biológica, por contemplar também aspectos sociais, econômicos, políticos que envolvem o processo saúde e doença do indivíduo, família e comunidade. Dentre as práticas de enfermagem desenvolvidas pelo projeto, destacam-se a cooperação para que membros de uma família acompanhada sintam-se confortáveis a compartilhar sua vida com pessoas até

então desconhecidas; preencher o prontuário fornecido para obtenção de dados familiares junto à Unidade de Saúde da Família; realização de atividades técnicas, tais como: verificação da pressão arterial, observação dos hábitos de vida e orientações para prevenção de doenças e promoção da saúde. Neste processo são vivenciadas dificuldades da população, relacionadas à falta de alguns materiais e medicamentos na USF, sendo estes necessários para o cuidado básico da saúde; além do déficit da relação entre os moradores e a equipe de saúde, sendo evidenciados através de relatos críticos dos usuários. No que se refere às atividades coletivas, são realizadas em grupos educativos como o grupo de crianças e em atividades com a comunidade em geral, como por exemplo, participação em reuniões na Associação Comunitária Maria de Nazaré (ACOMAN). Nas ações educativas desenvolvidas com crianças, a enfermagem atua com os seus conhecimentos teórico-práticos referentes à educação infantil, de forma a buscar estimular o desenvolvimento cognitivo, social e moral infantil, de forma lúdica e participativa, promovendo saúde e qualidade de vida a estas crianças. Em sua atuação nas ações coletivas com a comunidade em geral, a enfermagem atua no apoio as lutas políticas comunitárias, inclusive estimulando os moradores à participarem das reuniões na ACOMAN, fortalecendo a luta por seus interesses e reivindicações, contribuindo para mudanças sociais necessárias. Vale destacar que este é um grande diferencial que esta formação traz para os estudantes de enfermagem, tornando-os futuros profissionais críticos, participativos, atuantes no contexto político e social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Como contribuição para a prática profissional da enfermagem, o processo de aprendizado vivenciado junto à comunidade proporciona uma visão diferenciada, que vai além dos limites da universidade, propiciando a realização de técnicas e teorias atreladas ao saber popular. Este processo de aprendizado vivenciado junto à comunidade permite uma visão diferenciada de cada indivíduo, proporcionada pela criação de um vínculo constituído através da prática do diálogo. A atuação dentro do contexto da Educação Popular também admite e estimula o protagonismo da enfermagem e de quem a coloca em prática, onde cada um é portador de um saber próprio, contribuindo, desta forma, para a troca de conhecimentos e experiências. A extensão popular vem contribuindo para a formação de profissionais mais humanizados, envolvidos nas questões políticas e sociais, tornando o enfermeiro consciente da realidade populacional, levando sempre em consideração o saber popular já existente. Entretanto, para que o cuidado de enfermagem seja desenvolvido desta forma, se faz necessário o desenvolvimento de políticas mais fortes na formação dos profissionais de saúde, considerando a educação popular como método nas suas formações.

REFERÊNCIAS: BATISTA, P.S.S. Ética no cuidado em saúde e na formação universitária na perspectiva da educação popular. 2012. 196 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Jan. 2012. FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 42.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005. MELO NETO, J. F. de. *Extensão Popular*. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2006. VASCONCELOS, E.M. *Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida*. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. C.; SIMON, E. (Orgs.). *Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

A ciranda infantil no curso de Pedagogia da Terra da UFSCar

Débora Monteiro do Amaral
Aida Victoria Garcia Montrone

Apresentaremos nesse trabalho, o contexto de uma prática de educação popular, a Ciranda Infantil dentro do curso de Pedagogia da Terra da Universidade Federal de São Carlos – SP. (UFSCar). A proposta pedagógica do curso é baseada na Pedagogia da Alternância, constituída pela relação indissociável entre o Tempo Escola e o Tempo Comunidade, momentos interdependentes e complementares no processo de formação. O Tempo Escola (TE) é um período da etapa que aconteceram na universidade, ou em centros de formação e no alojamento. O Tempo Comunidade (TC) é um momento de pesquisa e extensão, que visa estimular e desenvolver as habilidades intelectuais das educandas, de modo que eles e elas possam participar individual e coletivamente da produção ativa e autônoma de conhecimento sobre a sua realidade. Dado ser um curso composto por 39 mulheres, muitas delas mães, para cada etapa do curso é previsto que certa quantidade de crianças pode vir com suas mães para o TE ficar na Ciranda Infantil e, para isso, o curso conta com a ajuda de duas ou mais pessoas para ficar com essas crianças no tempo em que as mães estão em aula: os/as educadores/as infantis ou cirandeiros/as. É no educar e educar-se que as pessoas da classe popular se unem rumo ao mesmo objetivo de libertação. “Os heróis são exatamente os que ontem buscaram a união para a libertação e não os que, com seu poder, pretendiam dividir para reinar”. (FREIRE, 2005, p. 167) A ciranda infantil é fruto do pensar a criança de 0 a 6 anos nos assentamentos e acampamentos. O nome Ciranda Infantil vem para elucidar o direito de ser criança nos assentamentos e acampamentos enquanto sujeitos de direito e possibilitar que as mulheres da classe popular, neste caso, da Reforma Agrária, possam estar em espaços públicos, sabendo que suas crianças estão sendo cuidadas. O papel da Ciranda no curso é desenvolver práticas com enfoque nas brincadeiras e no cuidado com a criança, como, por exemplo, noções de higiene no tempo em que a mãe estiver nas atividades do curso. As brincadeiras devem ser vistas como parte do processo educativo das crianças, possibilitando formas de socialização e desenvolvimento intelectual, afetivo e emocional. “Este espaço deve desvelar, ampliar seus referenciais pessoais e culturais, para exercitar também a organização, a sistematização e apropriação de seu pensamento” (FREIRE, 1995, p.105). Como diz Brandão (2006), não é somente em uma sociedade transformada que se criam uma nova cultura e um novo ser humano, é ao longo do processo coletivo de transformá-la que as classes populares se educam na própria prática com o aporte da educação popular. A Ciranda também é um espaço de aprendizagem no curso de formação de educadoras populares, pois possibilita a inserção, a vivência e a troca de aprendizado entre crianças, jovens e adultos, em uma relação de ensino e de aprendizagem sendo um diferencial do curso de Pedagogia da Terra. Referências: BRANDÃO, Carlos R. O que é educação popular. São Paulo: Brasiliense, 2006. FREIRE, Madalena. A aventura de ensinar, criar e educar. In CUNHA, Susana Vieira da (org).

Arte Educação e a construção do cotidiano. Porto Alegre: Oficina de Arte Sapato Florido/ Universidade da Região da Campanha/ FAPERGS, 1995:105. FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2005.

Estudantes na sala de espera: a experiência de aplicação do instrumento de diagnóstico nas unidades de saúde do SUS Betim

Deisiane Oliveira Souto
Debora Antônia Moura Pinto
Mariane Vanessa Resende
Jacqueline Carmo dos Reis
Luiz Carlos Castello Branco Rena
Paula Angela F. e Paula

O presente estudo é uma pesquisa de caráter qualitativo, exploratório e descritivo, com o objetivo de analisar as situações vividas no momento de coleta de dados realizadas em todas as salas de espera das Unidades Básicas de Saúde do município de Betim, por um grupo de doze estudantes extensionistas do projeto de extensão “Saúde nos Interessa – Instituído o Observatório do Controle Social no SUS Betim.” Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2011, usando como estratégia uma entrevista semiestruturada agendada previamente, gravada em formato MP3 e transcrita posteriormente para análise de conteúdo. Esta entrevista visou verificar se o conceito “sala de espera” estava estabelecido entre os entrevistados. Além desse, outras sete categorias foram elencadas, com o objetivo de saber sobre as dificuldades encontradas durante a aplicação do questionário, os sentimentos vividos por cada um deles, as expectativas que tinham no momento da pesquisa e como era o compromisso entre os participantes do grupo de entrevistados com as tarefas estabelecidas. Por fim, visava também, avaliar o aprendizado adquirido pelo estudante no processo de pesquisa.

Introdução: A inserção dos discentes nos projetos de extensão que fomentam a pesquisa promove um notório enriquecimento no processo de ensino-aprendizagem, uma vez que desenvolve de forma criativa e participativa a produção de conhecimento, favorecendo o contato destes com o campo de trabalho e com a comunidade, e estabelecendo conexões teóricas e práticas, permitindo agregar na vida acadêmica resultados da prática profissional e informações multifacetadas da vida em sociedade. Este estudo foi desenvolvido através do projeto de extensão “Saúde nos Interessa – Instituído o Observatório do Controle Social no SUS Betim” que foi criado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Betim e a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) através da PROEX. Objetivo: Analisar as situações vividas por um grupo de 12 estudantes extensionistas participantes do Observatório no momento da coleta de dados de uma pesquisa sobre o controle social no SUS realizada entre outubro de 2010 e maio de 2011 nas salas de espera das Unidades Básicas de Saúde do município de Betim. Métodos: estudo transversal de caráter qualitativo, exploratório e descritivo, usando como

estratégia uma entrevista semiestruturada agendada previamente, gravada em formato MP3 e transcrita posteriormente para análise de conteúdo. Resultados: oito estudantes conceituaram a “sala de espera” como um espaço dentro da unidade básica de saúde onde as pessoas aguardam atendimento. Relataram expectativas quanto a forma que seriam recebidos pelos entrevistados e avaliaram a experiência adquirida como fator importante para seu aprendizado individual e profissional. A maior barreira encontrada foi à indisponibilidade por parte dos entrevistados em responder o questionário e todos os estudantes relataram o surgimento de diversas emoções durante a aplicação do questionário. Conclusão: A realização da pesquisa possibilitou aos acadêmicos uma troca de experiência e saberes com os usuários e trabalhadores do SUS Betim permitindo estabelecer conexões entre a teoria e a prática profissional através da escuta sobre o conhecimento destes atores acerca do controle social no SUS.

A Educação popular como estratégia de promoção da saúde: análise de uma experiência de agricultura urbana agroecológica

Denise Eugenia Pereira Coelho

Silvana Maria Ribeiro

Helena Akemi Wada Watanabe

Cláudia Maria Bógus

Mariana Tarricone Garcia

Christiane Gasparini Araújo Costa

Beatriz Mei

Márcia Fernanda de Sousa Salandini

O presente trabalho apresenta uma reflexão sobre a experiência de agricultura urbana agroecológica, em que, por meio da educação popular, a equipe de técnicos educadores trabalhou o resgate do saber popular e da identidade dos participantes, alcançando resultados que dialogam com os princípios e campos de ação da promoção da saúde.

INTRODUÇÃO: A agricultura urbana e periurbana (AUP) vem adquirindo destaque no cenário mundial e nacional como um instrumento de integração nos processos de desenvolvimento sustentável, podendo colaborar na geração de cidades produtivas e ecológicas, que respeitem a diversidade social e cultural^{6,7}. A 20ª Conferência de Promoção da Saúde destacou como prioridade ações conjuntas de promoção da saúde e de desenvolvimento da sociedade diante das dinâmicas do mundo globalizado, firmando o compromisso de se criar uma ponte entre a promoção da saúde e o desenvolvimento sustentável⁵. A promoção da saúde tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida e representa uma estratégia para enfrentar os problemas de saúde de forma a incidir sobre os determinantes da saúde em sua amplitude². A apropriação dos determinantes do processo saúde-adoecimento, no âmbito da promoção da saúde, passa pela autonomia e empoderamento, de indivíduos e coletividades, como parte da mobilização em torno da garantia da saúde enquanto um direito¹. Para tanto, processos de educação, a partir de práticas problematizadoras, podem colaborar e incentivar o desenvolvimento da autonomia individual e coletiva de modo a enfrentar as iniquidades e a exclusão¹. Paulo Freire⁴ define tais processos educativos emancipatórios como a problematização das relações entre o homem e o mundo, um processo dialógico que se preocupe com transformação constante da realidade. A educação popular, associada ou não a uma capacitação profissional, seja no meio rural ou urbano, deve possibilitar a tomada de consciência da realidade na qual e com a qual os sujeitos estão envolvidos⁴. A agroecologia soma-se a esse processo de construção coletiva pautada pelo empoderamento e autonomia. Segundo Sevilla Guzmán³, pode-se definir agroecologia como um campo

de estudos de caráter multidisciplinar, que tem como objetivo articular o saber-fazer científico ao saber-fazer das comunidades rurais, como forma de potencializar práticas sustentáveis de agricultura. É uma proposta de desenvolvimento pautada pela ação coletiva dentro do contexto político e sociocultural dos territórios, em que o agricultor possa ter autonomia, poder de decisão e participação ativa no processo produtivo³. O presente trabalho apresenta uma reflexão sobre a experiência de agricultura urbana agroecológica, desenvolvida no município de Embu das Artes, região metropolitana de São Paulo. Por meio da Educação Popular, a equipe de técnicos educadores trabalhou o resgate do saber popular e da identidade dos participantes, alcançando resultados que dialogam com os princípios e campos de ação da Promoção da Saúde. MÉTODOS: A experiência foi realizada no período de novembro/2008 a setembro/2011, e analisada segundo metodologia qualitativa, contando com a pesquisa documental, dos registros de atividades e depoimentos de participantes coletados pelos técnicos educadores, levando-se em consideração a perspectiva da promoção da saúde e da educação popular nos aspectos identificados na pesquisa. O valor heurístico e a significação do documento dependem também da acuidade da leitura e do esforço interpretativo, para extrair o conhecimento necessário à compreensão do objeto de interesse. Dessa forma, os documentos foram selecionados, estudados e analisados segundo a metodologia dialética, que reconhece a realidade como um processo histórico, em permanente movimento, aproximando a compreensão dos fenômenos desde o interior de sua dinâmica. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O “*Projeto Colhendo Sustentabilidade: práticas comunitárias de segurança alimentar e agricultura urbana*” foi realizado em duas fases. Na primeira (nov/2008 - jan/2010) contou com a parceria do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Prefeitura da Estância Turística de Embu das Artes e da organização não governamental Sociedade Ecológica Amigos de Embu (SEAE). Na segunda fase (fev/2010 - set/2011), a iniciativa contou apenas com o apoio local, por meio de convênio estabelecido entre a Prefeitura do município e a SEAE. Ao final da 2ª fase, foram implantadas 13 hortas comunitárias, das quais seis foram desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde, beneficiando usuários das unidades e moradores do entorno. No Projeto Colhendo Sustentabilidade, a opção teórico-metodológica para realização das atividades de formação dos grupos foi orientada pela adoção de metodologias participativas, de caráter aberto e dialógico, buscando seguir na prática os princípios da agroecologia e da educação popular, com foco na participação, emancipação e autonomia, valorizando assim, o resgate dos saberes dos participantes, aprimorando as capacidades individuais e coletivas de se posicionar perante o mundo como sujeito de transformação. A opção por atividades e dinâmicas como rodas de conversa, planejamentos e avaliações participativas, elaboração de desenhos coletivos, atividades lúdicas, jogos cooperativos, entre outros, buscou estabelecer uma relação horizontal perante os participantes do projeto, tanto nos encontros teóricos com em atividades práticas. Em consonância com a opção metodológica, verificou-se o surgimento de oportunidades para alguns integrantes que atuaram como multiplicadores e disseminadores das práticas sustentáveis em espaços da cidade: escolas, associações, unidades básicas de saúde, chácaras e sítios em decorrência das capacitações recebidas, o desenvolvimento da consciência ambiental e um desejo coletivo de contribuir para a preser-

vação da natureza, estendendo os conhecimentos e as práticas vivenciadas para suas residências e comunidades. Tal evidência aponta para a efetiva apropriação da experiência, apontando para a participação e empoderamento dos participantes. Ademais, foram identificadas outras contribuições para a promoção da saúde como o estabelecimento de parcerias, a intersectorialidade estabelecida entre organizações da sociedade civil e o poder público e a criação de uma dinâmica intersectorial no âmbito das Secretarias de Meio Ambiente, Educação, Saúde e Assistência Social, que se deu tanto no nível do planejamento como da execução das atividades. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Na agricultura urbana agroecológica, práticas de educação popular contribuem para que se estabeleça um processo dialógico, valorizando as dimensões sociais, culturais, políticas e ambientais. A iniciativa relatada demonstra como uma experiência concreta de educação popular impacta positivamente a população envolvida, especialmente na perspectiva do ideário da Promoção da Saúde. O resgate de práticas agrícolas em meio urbano, apresenta-se como um importante espaço para desenvolver processos que apontem para a construção de sociedades pautadas pela promoção da saúde e o desenvolvimento sustentável. REFERÊNCIAS:1- Bógus CM, Westphal MF. Participação social e cidadania em movimentos por cidades saudáveis In: Fernandez JCA; Mendes R. Promoção da Saúde e Gestão local, São Paulo, Aderaldo & Rothschild: CEPEDOC, 2007. 2- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000.3-De Biase L. Agroecologia, campesinidade e os espaços femininos na unidade familiar de produção. 2010, 191 p. Dissertação (Mestrado em Ecologia Aplicada) – Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Universidade de São Paulo, Piracicaba.4.Freire P. Extensão ou comunicação? 15ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 5.IUHPE – International Union For Health Promotion And Education. The 20th World Conference on Health Promotion Live. Genebra; 2010. Disponível em: <http://www.iuhpe.org>. Acesso em jun 2012.Machado IPT. Agricultura, Estado e Metrópole – O programa de ”agricultura urbana”do município de São Paulo. In: ENCONTRO NACIONAL DE GEOGRAFIA AGRARIA. 18, 2006, Rio de Janeiro. UERJ, 2006. p. 1-19.Santandreu A, Lovo I. Panorama da agricultura urbana e periurbana no Brasil, Belo Horizonte, MDS, 2007.

Dengue: valorização do cidadão consciente

Denise Pinho Resille

Trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina/MG, que busca a valorização junto à mídia local do cidadão consciente que faz a sua parte.

A dengue configura-se como grave problema de saúde pública, tendo na mídia uma ferramenta de disseminação de conceitos determinantes para seu controle. As estratégias governamentais, porém, não conseguem impedir as epidemias que anualmente são registradas em território nacional. Este trabalho buscou inovar e para tanto elaborou uma abordagem diferente do problema, mudando o foco da falta de saneamento básico, lixo, entulho e não participação social. Objetivamos o controle do vetor através da conscientização dos moradores sobre seu papel como cidadão no combate à doença, reconhecendo sua importância na construção das políticas públicas e promovendo a divulgação do cidadão que faz a sua parte. A metodologia foi a mudança do foco, de ações punitivas e imagens negativas, para ações educativas e valorização do correto e ético. Os imóveis da zona urbana que se apresentavam em perfeitas condições de higiene e armazenamento de resíduos foram selecionados, visitados, vistoriados e após autorização por escrito do proprietário, foram realizados registros fotográficos dos imóveis e proprietários para divulgação semanal na mídia local (rádio e jornal). Foi realizada grande divulgação por meio de outdoor em pontos estratégicos da cidade e entrega de certificados aos participantes. A repercussão na cidade e entre os parentes e amigos das famílias visitadas foi grande e muito positiva, valorizando os participantes junto à sua comunidade. Tal experiência foi selecionada em 2010 para apresentação na Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia – EXPOEPI na mostra competitiva: Inovações na comunicação e mobilização social em Vigilância em Saúde e no ano de 2012, em parceria com a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, foi ampliada para a zona rural do município de Diamantina/MG.

Gincana como ferramenta de aprendizado

Denise Pinho Resille

Utilização de uma ferramenta de ensino-aprendizagem não formal.

A educação em saúde é uma importante ferramenta no âmbito da saúde pública, sendo evidente que os sujeitos possuem a responsabilidade cidadã em todas as fases do processo educativo e resolutivo das ações transformadoras em seu estado de saúde, bem como no impacto das ações individuais na saúde coletiva. O presente trabalho visa, através de uma atividade não formal, que é uma gincana, conhecer, reconhecer e validar o conhecimento prévio do público alvo e incentivá-lo a construir conjuntamente com o poder público ações futuras. A ideia central da atividade desenvolvida é a utilização de perguntas simples, para motivar os participantes a responderem com suas palavras e exemplos de vida. E, a partir das palavras e conceitos elaborados pelos presentes, juntos realizar a organização do conhecimento. Tal atividade permite ao sujeito perceber que tem um conhecimento prévio do assunto e que pode mudar a situação proposta de alguma forma. Por exemplo: ao introduzir o tema Doenças Diarreicas Agudas a um grupo de cantineiras da rede pública municipal, perguntar o que é doença? Em seguida o que é alimento? E finalmente juntar os conceitos, O que é prá vocês doenças transmitidas por alimentos? Se o tema for Dengue, o que cada um pode fazer em casa para evitar o mosquito da dengue? E o que cada um efetivamente faz? E juntando as respostas levar à reflexão entre o que se pode fazer e o que efetivamente é feito. O grupo é dividido em duas equipes, sendo os dois apresentadores do tema (equipe I) e o público alvo (equipe II) A diferença entre participantes das duas equipes por si só já é motivador para participar da atividade proposta. Para cada resposta da platéia é realizada a pontuação da equipe em um quadro negro ou similar. Ressalta-se, que tal atividade é facilmente adaptável para discutir diversos temas. Ao final é possível visualizar quanto foi construído coletivamente através do conhecimento prévio do grupo. Conclui-se assim, que o cidadão é antes de tudo um sujeito sanitário, responsável pelo processo individual e coletivo de fazer saúde pública.

Ação educativa em centro comunitário de São Carlos/SP: uma experiência em educação popular em saúde

*Doris Ribeiro Ortiz
Sanchez; Ferreira; Castro*

Trata-se de um relato de experiência do desenvolvimento de uma ação educativa nos moldes da Educação Popular em Saúde, realizada no Centro Comunitário Maria Stella Fagá, no município de São Carlos/SP, como parte da disciplina de Educação e Saúde do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Entendemos a educação popular como um modo de conduzir o processo educativo o qual permite a participação da comunidade no próprio processo, assumindo que o conhecimento dela é válido para discussão e construção do saber. O objetivo desse trabalho foi aplicar os princípios da Educação Popular para promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. A ação educativa foi desenvolvida com o grupo de mulheres que participam das atividades de alongamento e ginástica do centro comunitário utilizando como metodologia para levantamento de temas a serem abordados o diagnóstico participativo. Partimos do princípio de que todas as pessoas detêm conhecimentos, vivências e experiências os quais podem ser válidos para um processo de levantamento de hipóteses e geração de ideias. A comunicação foi uma prioridade, valorizando as diferenças sociais de maneira a considerar os discursos das mulheres da comunidade como parte do processo de identificação dos problemas de saúde e de planejamento da ação. Ao final do diagnóstico a comunidade tinha relatado dois temas principais: dores osteomusculares e de articulação e depressão feminina, os quais foram abordados nos eixos da prevenção de agravos e dores em problemas osteomusculares e de articulação e da elucidação de causas e equipamentos sociais para tratamento de depressão. Foi desenvolvida uma representação teatral como parte da ação educativa, que também contava com explicação anatomo-fisiológica do sistema ósseo e muscular a qual foi decodificada para linguagem popular, conjuntamente com a proposição de exercícios físicos a fim de promover o alongamento e fortalecimento dos músculos e a ergonomia como meios de prevenção de agravos em problemas osteomusculares e de articulação e de dores. Também foi desenvolvido um livro que elucida as causas da depressão feminina através de uma narrativa sobre os entraves e felicidades da vida intitulada “A Caminhada”. Além disso, fornece lista de equipamentos sociais que oferecem terapia psicológica e são acessíveis para as mulheres do centro comunitário onde a ação foi desenvolvida. A avaliação do processo educativo contou com a participação das mulheres do centro comunitário. Além de avaliar positivamente a ação também comentaram a formação profissional em enfermagem, enfatizando a importância da humanização da assistência. O desenvolvimento desse trabalho permitiu a criação de vínculo com a comunidade e, além disso, a troca de experiências e vivências que propiciaram um acúmulo de conhecimento para ambas as partes envolvidas. Também permitiu a reflexão acerca da Educação Popular em Saúde como parte essencial da esfera do cuidado, onde está inserida a Enfermagem, pois consiste numa

ferramenta eficiente para promoção de saúde e prevenção de doenças. O trabalho em saúde, engajado nos princípios da educação popular, deve priorizar o intercâmbio de informações, levando em consideração a participação ativa nessa experiência tanto do profissional quanto da comunidade.

A Educação Popular é o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir dos setores subalternos, a como contribuir com a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos. (VASCONCELOS, 2007) Entendemos a educação popular como um modo de conduzir o processo educativo o qual permite a participação da comunidade no próprio processo, assumindo seu conhecimento como válido para discussão e construção do saber. Relataremos a experiência do desenvolvimento de uma ação educativa nos moldes da Educação Popular em Saúde, realizada no Centro Comunitário Maria Stella Fagá, no município de São Carlos/SP, como parte da disciplina de Educação e Saúde do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. O Centro Comunitário Maria Stella Fagá é um espaço de convivência que oferece atividades para os moradores do bairro homônimo. O público das atividades de alongamento e ginástica foi o alvo da ação, sendo composto de mulheres adultas, majoritariamente acima de trinta anos de idade. Seguindo os passos do diagnóstico participativo proposto por Stotz et al (2007), começamos a descobrir os problemas de saúde mais enfrentados pela comunidade, a fim de escolher um tema. A demanda, entretanto, foi para dois problemas distintos: dores osteomusculares e de articulação e depressão feminina. Para que fosse possível fazer um diagnóstico efetivamente participativo, a comunicação foi prioridade, valorizando as diferenças sociais de maneira a considerar os discursos das mulheres como parte do processo de identificação do problema. Mostrou-se importante escolher a abordagem dos temas de modo que as mulheres se identificassem com a ação. Era perceptível que o tema “dores osteomusculares e de articulação” deveria ser tratado prioritariamente e que o eixo a ser abordado seria “prevenção de dores e agravos”. Essa abordagem refletia o que ouvimos no centro comunitário sobre a história de vida das mulheres, as quais possuíam complicações devido ao tipo de trabalho exercido durante a vida. A outra temática demandou abordagem para elucidação de causas da depressão e equipamentos sociais para tratá-la, pois várias mulheres relataram saber que eram depressivas, mas não ter recursos para tratar a doença, julgando a prescrição de medicamentos antidepressivos, frequentemente feita pelos serviços de saúde, pejorativos para o convívio social. Utilizamos um planejamento de aula participativo, levando em consideração as opiniões das participantes sobre suas metodologias de preferência. A representação teatral surgiu como uma metodologia eficiente: casava com a necessidade de trazer a ação para a realidade delas e foi citada como uma forma prazerosa de aprender. O tema “depressão feminina” seria apresentado em forma de livro decodificado em linguagem popular. Fizemos uma pesquisa teórica sobre os temas e uma pesquisa de campo a fim de descobrir equipamentos sociais que ofereciam terapia psicológica para tratamento de depressão acessível financeiramente para as mulheres do centro comunitário. Revisamos conceitos de anatomia, fisiologia e psicologia, além de conversar com

professores especialistas nos temas. Foi delimitado um objetivo específico para cada tema. No primeiro: compreensão dos métodos de prevenção de agravos no que se relaciona a dor causada por problemas osteomusculares e de articulação. No que se tratava da depressão, o objetivo era fornecer equipamentos sociais para terapia psicológica e despertar interesse pelo tema. Após o planejamento, ensaiamos as cenas e o modo como iríamos explicar a teoria, tal como o funcionamento da coluna vertebral. Para tornar explicações teóricas dinâmicas decidimos utilizar um esqueleto e uma camiseta onde foram desenhados os músculos das costas. Esses artifícios foram importantes para explicar conceitos anatômicos e fisiológicos os trazendo para a realidade. Os conceitos teóricos viraram sólidos, palpáveis e visíveis, evitando abusos de termos técnicos. A representação teatral, a qual dava abertura para as explicações, se passava durante um dia numa casa popular onde moravam mãe e filho. Os personagens faziam ações corriqueiras que eram causadoras de dores para ambos. Após as explicações, propúnhamos exercícios físicos que fortalecessem ou alongassem músculos do corpo os quais são utilizados em tarefas cotidianas. A ação educativa foi apresentada para as orientadoras e à turma, que fizeram críticas. Esse momento foi crucial para que tivéssemos a percepção do todo, aperfeiçoando-o conforme características da comunidade. Fizemos sucessivos ensaios, acrescentamos música e elementos ao cenário. Um manuscrito do livro também foi entregue às orientadoras e corrigido para ser aprimorado utilizando linguagem acessível. A versão final foi feita artesanalmente. No dia 13 de junho de 2012 foi apresentada ação educativa. Montamos o espaço representando vários cômodos de uma casa. Num canto foi colocado o esqueleto. Apresentamos as intenções da aula e propusemos um “varal de problemas”: as participantes teriam que escolher um cartão, no qual estava escrito uma tarefa corriqueira que causasse dores e pendurá-lo num barbante estendido na sala simbolizando um varal. Conforme a cor do cartão, uma mancha de tinta era feita na mão de cada uma. A atividade do varal era simbólica e representava que nosso corpo carrega marcas deixadas pelo que vivemos, sejam elas físicas, psicológicas, positivas ou negativas. Essa atividade foi um meio de conectar os dois temas a serem abordados. O público se divertiu com o teatro. As mulheres comentavam as cenas mostrando que se identificavam com a situação. Quando as cenas congelavam, um de nós, vestindo um chapéu cheio de interrogações (representava dúvidas), explicava o que acontecia anatomicamente e fisiologicamente naquele movimento, sem uso de termos técnicos e com a ajuda dos recursos visuais. Antes da explicação, buscávamos interação por meio de perguntas dirigidas a elas, as quais eram respondidas e, a partir desse diálogo, era explicado o conteúdo teórico. Depois, era proposto um exercício físico que era feito por todos nós. Abordamos várias situações do cotidiano com esse método, ensinando maneiras de prevenir agravos e dores. Ao longo da apresentação também demos dicas quanto à ergonomia das casas, de modo que elas pudessem modificar algumas coisas em seus lares para um formato mais ergonômico, porém não dispendioso financeiramente. A avaliação do primeiro tema abordado consistia na retomada da atividade do varal. As mulheres foram chamadas para retirar o cartão que tinham escolhido. Esse momento foi planejado para ser um simples momento de avaliação em que elas mostravam se tinham assimilado os conteúdos repetindo os exercícios propostos, mas foi, na verda-

de, o momento mais rico da aula, uma vez que elas se entusiasmaram para mostrar o que tinham aprendido, incorporando o novo conhecimento às suas experiências com o tema. As participantes mostraram o que sabiam em relação ao que tinha sido ensinado e seus conhecimentos prévios, adaptando às suas próprias realidades. A sintonia que compartilhávamos proveniente dos encontros semanais, também influenciou nesse momento de compartilhamento de vivências e saberes. O livro foi apresentado por meio de uma conversa e posterior convite para leitura do prefácio dividido em frases, cada uma numa filipeta. As mulheres que quiseram ler formaram um semicírculo, lendo uma sua filipeta. Assim, o prefácio foi lido como um recital. Várias participantes se interessaram em levar o livro para casa, para leitura mais atenta. O livro ficou no centro comunitário para que todas tivessem acesso. As participantes da ação foram convidadas a nos avaliar ao término das atividades. A contribuição delas para esse momento foi essencial para a nossa formação como enfermeiros. Numa roda, falaram suas opiniões sobre a aula. Esse momento se tornou uma conversa, na qual elas contavam experiências sobre a falta de humanização na saúde, a fim de nos encorajar a agir com respeito e humanidade perante os pacientes. Elas citavam a importância de um simples “bom dia”, do respeito e da compreensão do próximo tal como foi priorizado em nossa relação com elas. Tínhamos incorporado os princípios da Educação Popular, pois a partir da vivência das mulheres do centro comunitário enriquecemos nossos próprios conhecimentos, propiciando troca de saberes. Tendo em vista que o conhecimento não é formado apenas da assimilação de informações e levando em consideração nosso papel como estudantes de enfermagem, é importante que vivamos a experiência junto às pessoas de outras comunidades para o processo de aprendizagem. Conforme Oliveira e Silva (2003): “Ao dele participar (processo de educação), educam-se todos – o agente e as pessoas com as quais convive e trabalha.” A Educação Popular em Saúde é parte essencial da esfera do cuidado, onde está inserida a Enfermagem, pois consiste numa ferramenta eficiente para promoção de saúde e prevenção de doenças. O trabalho em saúde, engajado nos princípios da educação popular, deve priorizar o intercâmbio de informações, levando em consideração a participação ativa nessa experiência tanto do educador quanto da comunidade. Ambos devem estar abertos para novas percepções para podermos construir um mosaico de novos conhecimentos. Referências: STOTZ, Eduardo Navarro; David, Helena Maria Scherlowski Leal; BORNSTEIN, Vera Joana (2007). Introdução/Saúde, doença, cuidado. In: **Educação Popular em Saúde**. Formação de Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: Politécnico de Saúde Joaquim Venancio da FIOCRUZ/Ministério da Saúde. P.1-9. VASCONCELOS, Ey-mard Mourão. 2007. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. P 18-27.

A relação candidato/vaga: pensando coletivamente o uso da razão em matemática para a vida dos estudantes que almejam o curso superior

Douglas Carvalho de Menezes

Arlindo José de Souza Jr.

Mário Lucio Alexandre

Bruno Aparecido de Paula Paim

João Augusto Neves Pires

Raphael Martins Silva

Milena Abadia de Sousa

São vários os discursos sobre a Educação Popular e como variante destas exposições é possível encontrar uma considerável quantidade de artigos decorrentes das teorias. Não podemos enquanto autores deste trabalho nos distanciarmos do caráter teórico do mesmo, porém neste, trazemos um caso não apenas da teoria, mas também da prática, não percorrendo o caminho da primeira pela segunda, tampouco o contrário. Explicamos tal consideração pela ideia de que, para esta situação, as duas são coincidentes, deste modo, o artigo em questão expõe uma experiência coletiva de um projeto popular pautado em argumentos “Freirianos” e tendo como evidência um conteúdo de matemática discutido ainda no ensino fundamental, sendo este tido como “razão”.

São vários os discursos sobre a Educação Popular e como variantes destas exposições é possível encontrar uma considerável quantidade de artigos decorrentes das teorias. Não podemos enquanto autores deste trabalho nos distanciarmos do caráter teórico do mesmo, porém neste, trazemos um caso não apenas da teoria, mas também da prática, não percorrendo o caminho da primeira pela segunda, tampouco o contrário. Explicamos tal consideração pela ideia de que, para esta situação, as duas são coincidentes, deste modo, o artigo em questão expõe uma experiência coletiva de um projeto popular pautado em argumentos “Freirianos” e tendo como evidência um conteúdo de matemática discutido ainda no ensino fundamental, sendo este tido como “razão”. Introdução: O processo educacional está, ao menos na teoria, vinculado na formação de um cidadão crítico, e torna-se ferramenta imprescindível para permitir a igualdade social entre os indivíduos. Segundo as Orientações Curriculares Para o Ensino Médio (2006, p. 91-92) “a educação é um processo essencialmente social e político que se concretiza e avança com as necessárias mudanças no diálogo e nas ações de atores, em diferentes instâncias: alunos, professores, coordenadores e diretores de escolas;”. Como parte fundamental para constituição deste processo – fruto da educação – está a disciplina de matemática. Por vezes o ensino da mesma é justificado como “para aumentar o raciocínio”, e ainda pauta-se diversos conteúdos na clássica expressão: “você precisa aprender isso porque um dia irá usar”. Muitas das

vezes tais perguntas não chegam sequer a serem respondidas. Isto nos remete a discussão de como estes conteúdos vêm sendo ministrados dentro de sala de aula e se discuti-los coletivamente, inclusive por meio de grupos de estudo pode agregar valor ao mesmo. Ainda hoje muitos professores de matemática trabalham com o ensino tradicional “educação bancária”, podemos observar que o processo ensino-aprendizagem dos alunos torna-se mera transmissão da matéria, ou seja, o professor “transmite” e os alunos “recebem”. Com isto, não se evidencia o significado da matemática na sua realidade. *“Por exemplo, qual o interesse, do ponto de vista do indivíduo e da sociedade, em chegar-se à conclusão de que os jovens brasileiros chegam aos 12 anos sabendo conjugar corretamente o verbo “sentar”? [...] E que importará saber se nessa idade eles são capazes de extrair a raiz quadrada de 12.764? ou somar $5/39 + 7/65$? Qual a relação disso com a satisfação e a ampliação de seu potencial como indivíduos e de seu exercício pleno de cidadania? (D’Ambrosio, 1996, p. 62)”*. A intenção deste trabalho é justamente trazer a um público maior o relato de um encontro com alunos do primeiro ano do ensino médio, no qual a ideia era o debate, o conteúdo já citado por meio de questionamentos e fortalecendo-o por meio de colaborações da área de história, exaltando a tendência do trabalho coletivo, expondo uma experiência na qual tentamos oportunizar situações em que os educandos interagissem com o objeto de conhecimento e estabelecessem suas hipóteses para que estas fossem, posteriormente, confirmados ou (re)formulados. Este projeto surgiu da parceria de diferentes entidades preocupadas com a formação dos jovens que vivem nos bairros periféricos da Zona Leste da cidade de Uberlândia. Durante o ano de 2011 as parcerias foram se consolidando e conseguiu, no final deste mesmo ano, formular e fortalecer a ideia do Curso Popular (Re) Ação, que tem como intuito preparar os jovens daquela região para prestarem as provas do Programa Ação Afirmativa De Ingresso no Ensino Superior (PAAES) da Universidade Federal de Uberlândia, como também de outras instituições federais. Assim este projeto conta com o apoio do Grupo de Pesquisa em Educação e Culturas Populares, vinculado ao programa de Pós-Graduação em Educação e do Núcleo de Pesquisa em Educação e Mídias, e com ONG Ação Moradia localizada no Bairro Zaire Resende, a qual nos sede o espaço para a realização das atividades. Tendo em vista que a formação está para além de prestar provas para o ingresso no ensino superior, o grupo que pensa e articula as ações do (Re)Ação busca realizar atividades e parcerias voltadas para a formação política, social e cidadã dos jovens que participam do projeto. Assim sendo o trabalho coletivo, o uso das mídias em oficinas pedagógicas e rodas de conversas são nossas ferramentas para a construção de tecnologias educacionais capazes de potencializar o coletivo que participa da (RE)AÇÃO. Matemática popular: Como o nosso projeto é discutido coletivamente entre os professores participantes, quando um de nós vai à frente para discutir algum conteúdo para o debate sempre tem outros colegas professores observando, o que evidencia o fato de que o coletivo está para além das discussões tecidas em reuniões pré ou pós-encontros. A respeito do trabalho coletivo SOUZA JR (2000) afirma que: *“O trabalho coletivo é um espaço privilegiado para o processo de reflexão dos professores, o diálogo entre eles é fundamental para a criação e consolidação de seus saberes profissionais e serve também para romper, muitas vezes, o isolamento existente entre eles. Pensamos que o trabalho coletivo possibilita a criação ou consolidação de um espaço de busca de autonomia e de emancipação coletiva dos professores. (SOUZA JR, 2000, p.277)”* No projeto a intenção não é apenas expor conteúdos aos alunos, mas sim fazer

com que eles analisem as informações provenientes de diferentes fontes, com a utilização de ferramentas fornecidas pelas disciplinas ou pensadas por eles para promover a sua própria opinião, permitindo assim que se posicione criticamente sobre problemas da matemática, das outras áreas do conhecimento e da atualidade postos no cotidiano. Entendemos que o primeiro passo é nortear os alunos para uma análise de um determinado problema para que, só então, passem a compreendê-lo. É importante aqui que o professor ofereça espaço para discussões e interaja continuamente com seus alunos e assim como Skovsmose (2007), estamos preocupados com a influência educacional no que tange os aspectos sociopolíticos: *“Eu estou preocupado com todo discurso que possa tentar eliminar os aspectos sociopolíticos da educação matemática e definir obstáculos de aprendizagem, politicamente determinados, como falhas pessoais [...] Eu estou preocupado com a relação entre a educação matemática e a democracia. (SKOVSMOSE, 2007, p.176).”* Acreditamos que a matemática, bem como as demais disciplinas deveriam ser trabalhadas e discutidas de modo a ser um estímulo à capacidade de investigação lógica do educando. O ensino deveria estar apoiado em experiências agradáveis, capazes de favorecer o desenvolvimento de atitudes positivas, por sua vez, conduzirão a uma melhor aprendizagem. Calculando experiências: Nossos encontros, de maneira geral, são pautados em discussões, que se ambientam no âmbito da investigação, com indagações e situações comuns aos que ali estão. O projeto se constrói a cada dia neste sentido, o que nos remete enquanto educadores a não nos posicionarmos individualmente, isto é, nada no sentido puramente expositivo e discussões estáticas. Muito pelo contrário, as investigações têm caráter dinâmico, a partir de que brota instantaneamente das contribuições coletivas durante o encontro, encaixadas apenas em uma semi-estrutura norteadora, que se faz por meio de alguns slides. Sabemos que a matemática é um conteúdo extremamente presente no cotidiano das pessoas, mas infelizmente nem sempre são relacionados de maneira a fazer efetivamente diferença na vida do cidadão. Nos nossos encontros, de maneira geral, estamos pautando as nossas discussões em um ambiente de investigação e indagações comuns aos presentes. Segundo Skovsmose (2000) afirma que: *“as práticas de sala de aula baseadas em um cenário para investigação diferem fortemente daquelas baseadas em exercícios. A distinção entre elas pode ser combinada com uma distinção diferente, a que tem a ver com as “referências” que visam levar os estudantes a produzirem significados para os conceitos e atividades matemáticas. (SKOVSMOSE, 2000, p.73-74)”*. Nesse sentido o projeto está sendo construído, onde os professores discutem com os alunos sobre o tema abordado naquele momento, com exposições dinâmicas. No primeiro momento da discussão começamos a falar sobre a velocidade da internet, que Tecnologia de Informação e Comunicação relativamente difundida entre os participantes, ainda que eles sejam de classes econômicas menos favorecidas. Apesar de se ter algo estruturado – contexto do professor e velocidade da internet – procuramos fomentar a discussão baseada numa situação hipotética, que envolvesse os alunos tanto pela curiosidade quanto pelo humor implícito. O fato era que o professor de história queria muito ver um vídeo de uma mulher bonita na internet e tinha duas opções de velocidade de acesso. Devido ao tamanho do arquivo, numa dessas conexões o professor passaria raiva enquanto na outra o vídeo seria carregado de forma rápida, deixando-o feliz como podemos observar na figura 1.

Neste slide discutiu-se fortemente a ideia de razões repercutindo em frações que eram equivalentes, sempre indagando os educandos antes de preencher o slide com as informações matemáticas. Como as nossas discussões são coletivas, o professor de história identificou durante a discussão elementos que poderiam ser refletidos em suas aulas. Assim as questões políticas que estão envolvidas na distribuição das redes de internet da cidade em que vivemos foram balizadoras para repensar os processos históricos que fez instaurar o sistema econômico que impera na contemporaneidade. Deste modo julgamos de fato que organizamos um encontro que estivesse respaldado no dialogo, tornando foco algo tão próximo dos jovens que ali estavam e, apesar das brincadeiras decorrentes da discussão o encontro não se dissipou muito menos convergiu para o humor, muito pelo contrário, houve então a convergência para um assunto ainda mais almejado pelos que ali estavam. *“Começando uma investigação em que pré-concepções foram momentaneamente deixadas de lado significa que algo imprevisto possa acontecer. Crenças e visões de mundo estabelecidas, ao serem confrontadas e desafiadas por uma investigação, deveriam ser passíveis de mudanças e aperfeiçoamentos. Um diálogo é algo imprevisível. Não há respostas prontas, conhecimentos de antemão, para os problemas. Elas surgem através de um processo compartilhado de curiosa investigação e reflexão coletiva, com o propósito de obter conhecimento. Impresvisibilidade significa o desafio de experimentar novas possibilidades [...]. (ALRO e SKOVSMOSE, 2006, p. 127 e 128)”*. No segundo momento, com um pouco mais de pré-estruturação, foi discutida a relação candidato por vaga, muito presente em concursos. Na figura 2 o professor falou dos candidatos ao curso de administração da UFU diurno e noturno como podemos ver:

Durante a apresentação o caráter investigativo como sempre esteve presente, nos implicava na seguinte indagação para o público: “Olhando para o gráfico dos candidatos, você escolheria Administração Diurno (azul) ou Noturno (laranja)?” E a maioria das respostas era de que a melhor opção seria o curso de Administração Diurno, uma vez que possui menos candidatos! Já na figura 3 o professor explicou o número de vagas para o curso de Administração Diurno e Noturno.

De maneira análoga ao anterior, a pergunta se repetiu para o gráfico do slide acima e a resposta passou a ser que a melhor opção era o curso de Administração Noturno, uma vez que possui mais vagas. Todos se conformaram, até o momento em que o professor disse: “Beleza, mas vocês estão se contradizendo, pois escolhem um, depois escolhem outro. E aí, como vamos decidir?” Neste momento os estudantes se deram conta de que a informação visual os levava a contradição. O significado da relação candidato/vaga (razão) começava a fazer sentido, pelo desejo de que se elaborasse algo que impedisse tal contradição. A matemática fez sentido e, além disso, se fez necessária. Com isto os alunos chegaram à conclusão que o melhor curso para se prestar era o de Administração Diurno, porque a relação candidato/vaga é menor que a do curso de Administração Noturno, como pode ver na figura 4.

Conclusão: Neste contexto acreditamos que a educação tem o compromisso em transformar realidades, de empoderar sujeitos, de melhorar espaços, criar lugares que valorizam os indivíduos críticos e sonhadores, a fim de questionar o mundo e realizar mudanças, pois “(...) quando um homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções.” (FREIRE, 1979,

p. 30). Sabemos que este (razão) é um conteúdo extremamente presente no cotidiano das pessoas, mas infelizmente nem sempre são relacionados de maneira a fazer efetivamente diferença na vida do cidadão. A ideia é criar cenários de investigação e neles fomentar as discussões, ao invés de propor exercícios no caráter de fixação, por consequência tentar produzir significados a aquilo que foi proposto como tema. Nesse ambiente de aprendizagem coletivo nos constituímos educadores que procuram colocar a escola a altura do seu tempo e nos tornamos navegantes e produtores desse mundo, conjugando suas imaginações e inteligências. **Referências:** ALRO, Helle. SKOVSMOSE, Ole. **Diálogo e Aprendizagem em Educação Matemática**. São Paulo: Autêntica, 2006. Ciências da natureza, matemática e suas tecnologias / Secretaria de Educação Básica. – Brasília : Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2006. Acessado no 01/06/2012 em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/book_volume_02_internet.pdf. D'AMBROSIO, Ubiratan. **Educação Matemática da Teoria à Prática**. Campinas, São Paulo : Papyrus, 1996. (Coleção Perspectivas em Educação Matemática). FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979**. SOUZA JÚNIOR, Arlindo José de. **Trabalho Coletivo na Universidade: Trajetória de um grupo no processo de ensinar e aprender cálculo diferencial e integral**. São Paulo: Campinas, 2000. SKOVSMOSE, Ole. **Educação Crítica: Incerteza, Matemática, Responsabilidade**. São Paulo: Cortez, 2007. SKOVSMOSE, Ole. **Cenários para investigação**. Bolema, n.º 14, 2000, p. 66 a 91.

Clínica Afinando as Emoções

Edna Chernicharo

Regina Andrade

“Afinando as emoções” é o nome da clínica que tem como principal objetivo o atendimento psicanalítico a crianças e jovens que frequentam os projetos socioculturais desenvolvidos no Centro Cultural cartola.

“Afinando as emoções” é o nome da clínica que tem como principal objetivo o atendimento psicanalítico a crianças e jovens que frequentam os projetos socioculturais desenvolvidos no Centro Cultural cartola que é uma ONG fundada em 2001 a partir do desejo de preservação da obra de Cartola, cuja missão visa a promoção da cidadania por meio da educação e cultura, motivando os jovens do Morro da Mangueira e adjacências a identificar valores culturais da comunidade a que pertencem, através de oficinas e eventos sócio-educativos. Optar pelo Centro Cultural Cartola como território sociocultural, alicerçado em conceitos como esperança, novun, vulnerabilidade, cultura, entre outros, é propor uma compreensão do campo a partir da base conceitual que contemple os estudos sobre a cultura tanto quanto outros campos de saber, que tomam como objeto o homem e suas relações intersubjetivas. No presente trabalho, os estudos sobre cultura e a psicanálise configuram a base conceitual para análise do campo investigado, embora advertidos de que não se trata de uma comparação entre os campos do saber da psicanálise e o dos estudos culturais, propostos pelas diferentes correntes antropológicas e sociológicas. Pensar nesse universo como território da esperança, mas avisados de que lá não é um campo que se constitua em lugar romântico, como vigente no imaginário social; ao contrário, vale apostar que se trata de um espaço socio-cultural que oferece oportunidades de convivência social, mediada pela arte e cultura, e não como lugar romantizado e estabilizador das pulsões. A proposta de atendimento clínico do “Afinando as emoções” não recua frente aos desafios contemporâneos vividos por essa parcela da população que se classifica de excluídos, tais como, pobres, favelados, negros, sem teto, populações marginais, ou seja, desvia-se o enfoque de uma questão sistêmica social, sem ignorá-la, para um discurso delimitado a partir de uma práxis construída junto a essa população assistida no Centro Cultural Cartola.

Educação Popular em Saúde: práticas populares de cuidado

Elaine Monteiro da Costa

Elizabeth Soares Oliveira de Holanda Monteiro

José Ivo dos Santos Pedrosa

Trata-se de um projeto de estudo a ser desenvolvido como dissertação de mestrado com o objetivo de descrever sobre os modos de vida e as práticas de cuidados adotadas por famílias em Teresina-PI.

Introdução: A educação popular em saúde teve como ponto disparador o incômodo de alguns profissionais de saúde que discordavam do cuidado baseado no modelo biomédico, individualista, direcionado às doenças, onde os profissionais eram detentores do saber e praticavam a simples transmissão de informações. Buscando mudanças, a educação popular em saúde propõem novas práticas de cuidar, baseada no pensamento freiriano, centrada no diálogo, na troca, na escuta entre profissionais e população, problematizando e estimulando a formação do senso crítico. Este trabalho tem como propósito problematizar sobre os modos de vida e as práticas de cuidados adotadas por famílias em Teresina-PI. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo descritivo a ser desenvolvido com famílias de territórios selecionados do município de Teresina. A coleta de dados será realizada através da observação participante para reconhecimento do território, das famílias e seus modos de viver, e de entrevistas individuais com representantes das famílias, baseadas em questionário previamente elaborado. As entrevistas serão gravadas com anterior autorização escrita dos participantes. Não haverá delimitação do tempo para a realização das mesmas, transcorrendo de acordo com o interesse dos partícipes. Posteriormente, o conteúdo destas será transcrito, analisado, organizado por similaridade de respostas, através da categorização e comparados com a literatura. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. **Discussão:** A educação popular em saúde analisa a educação em saúde como um processo de orientação à população em que ela possa compreender as doenças que as cercam, ajudando-a a refletir sobre as alternativas de buscar solucioná-las. Esta visão da educação popular em saúde contraria outra linha de que a educação em saúde deve propor mudanças de hábitos da população, formulando práticas baseadas no conhecimento científico, a serem cumpridas sem problematizá-las. A educação popular tem como ponto chave o conhecimento prévio, adquirido ao longo da vida das pessoas, buscando estabelecer uma relação de troca entre os saberes científico e popular (VASCONCELOS, 1997, 2004). É fundamental intervir nos determinantes sociais das necessidades de saúde, mas, sobretudo, empoderar as pessoas, dando-lhes autonomia para escolher o melhor para si e para a sua coletividade (BRASIL, 2008). Estudos como o de Hoffmann e Santos Oliveira (2009), realizado com uma comunidade ribeirinha, revelam que as famílias possuem modos de viver entrelaçados aos conhecimentos adquiridos através das relações familiares e sociais, cercado por valores culturais e crenças, e também aos cuidados dos profissionais de

saúde, revelando a integração entre o saber popular e o saber científico no cuidado à saúde. **Conclusão:** Este estudo poderá revelar práticas de cuidado em saúde e modos de viver permeados pelos conhecimentos provenientes do saber popular, previamente apreendidos com o passar das gerações, associados aos cuidados do saber científico, discutidos junto com os profissionais de saúde nos processos de educação em saúde. Deste modo, o estudo poderá contribuir para que profissionais de saúde compreendam como a população define suas práticas de cuidado. **Referências:** _____. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde:** Unidade de Aprendizagem – Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2008b. HOFFMANN, M. V., SANTOS OLIVEIRA, I. C. Conhecimento da família acerca da saúde das crianças de 1 a 5 anos em uma comunidade ribeirinha: subsídios para a enfermagem pediátrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 4, out-dez, 2009, p. 750-756. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a09.pdf>>. VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde.** 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. _____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004, p. 67- 83. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>>.

Interdisciplinaridade na construção do cuidado em Saúde

Elaine Monteiro da Costa
Gaussianne de Oliveira Campelo
Lidiane de Moraes Evangelista
Maria Luci Esteves Santiago
Rita de Cássia Batista Fontes
Rose Danielle de Carvalho Batista

Uma rede de cuidados em saúde deve ser composta pelo saber dos diversos sujeitos que atuam no território. Esse trabalho objetiva relatar a experiência da vivência de profissionais de saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, discutindo sobre a importância da integralidade, ampliação de olhares e inserção de novas práticas de cuidado em saúde desenvolvidas junto à população.

INTRODUÇÃO: Nas práticas de cuidados em saúde é essencial a construção de redes de atenção. Exige-se que uma teia constituída por diversos profissionais tornem-se suporte para a construção da integralidade. Além disso, é fundamental que estas práticas fujam do paradigma curativista, biomédico e medicalizante, ampliando-se o olhar em busca de novas formas de cuidado e atenção. Esse trabalho objetiva relatar a experiência da vivência de profissionais de saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, discutindo sobre a importância da integralidade, ampliação de olhares e inserção de novas práticas de cuidado em saúde desenvolvidas junto à população. **MÉTODOS:** A vivência ocorreu em um dos territórios de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, em Teresina, Piauí. No período de setembro/2008 a junho/2010 realizou-se diversas atividades práticas-educativas na comunidade objetivando inserir novas estratégias de cuidado à população. Inicialmente, os profissionais de saúde integrantes de uma equipe multiprofissional buscaram a formação em Terapia Comunitária em um determinado polo formador. Após o curso de formação, as terapias eram realizadas em espaços da comunidade, facilitando o acesso e participação das pessoas. As terapias reuniam sujeitos que compareciam espontaneamente, e eram conduzidas por dois profissionais de saúde (terapeuta e coterapeuta), responsáveis pelo seguimento da atividade proposta. Durante a terapia, eram realizados momentos de acolhimento, descontração, partilha de problemas e reflexões sobre os mesmos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Por meio das atividades vivenciadas foi possível participar ativamente do cotidiano de uma comunidade, observando que cada equipamento social (igreja, unidade de saúde, escolas, entre outros) exerce um papel importante na construção da saúde. As terapias comunitárias realizadas foram um exemplo destas experiências junto à comunidade. Nestes encontros, os participantes compartilhavam alegrias e/ou angústias, e na troca de experiências com os demais integrantes, promovia-se momentos de reflexão, aprendizado e autocuidado, fortalecendo a rede de apoio social. Nesta perspectiva, promovia-se

saúde através de uma escuta acolhedora, com o propósito de fortalecer o sujeito, desenvolver um vínculo terapêutico, e ao mesmo tempo, possibilitar maior autonomia sobre sua saúde. Estas vivências também foram extremamente significativas para os profissionais de saúde envolvidos, pois através delas foi possível ratificar a relevância da inserção de novas ações, reformulando a prática curativista e medicalizante, ainda tão presente nos serviços de saúde. CONCLUSÕES: A construção do cuidado em saúde se faz na intersecção de ações dos diversos profissionais que devem atuar no território. Todo profissional que atua para a melhora de vida das pessoas, contribui no desenvolvimento da saúde desses sujeitos. E a terapia comunitária, por ser uma prática de efeito terapêutico, com fins de prevenção em saúde, auxilia neste propósito de atuar na qualidade de vida das pessoas. A inserção da terapia comunitária neste território de Teresina possibilitou o exercício da escuta, o fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e comunidade, a criação de uma rede de apoio social e, principalmente, a promoção da saúde e do autocuidado através de formas alternativas de atenção, extrapolando-se a prática da visão biomédica.

Participação da comunidade na alimentação do escolar

Elizabeth Soares Oliveira de Holanda Monteiro

Elaine Monteiro da Costa

José Ivo dos Santos Pedrosa

Maria da Conceição Silva de Brito

Estudo realizado com o objetivo de sensibilização para práticas saudáveis entre escolares, a partir da participação da população, em escola da 5^o a 8^a série, na periferia sul de Teresina-PI.

INTRODUÇÃO: A alimentação das crianças vem sofrendo grandes alterações impulsionadas, muitas vezes, pela inserção da mulher “dona do lar” em outras atividades, como também pelo o apelo da mídia e do mercado, que oferece alimentação rápida e pronta. Tais facilidades têm contribuído para aumento de peso, bem como, doenças nesta faixa etária. Estudo de Reis et al¹ demonstrou que entre crianças obesas, existe um risco cinco vezes maior de encontrar pais obesos. As crianças hoje têm uma vida sedentária e uma alimentação fora dos padrões ideais para a idade e ainda passam muito tempo assistindo televisão e quando vão escolher os alimentos preferem aqueles de preparação rápida e com valores calóricos fora do padrão.^{2,3} **METODO:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. O trabalho realizado por uma equipe da estratégia saúde da família no município de Teresina. Foi estimulado pela instituição Fundação Municipal de Saúde (FMS), que propôs em meio de ofício circular às equipes para realizarem atividades educativas alusivas a semana de combate a obesidade ao escolar no período de 05 a 09 de março de 2012. Participaram como sujeitos do estudo os estudantes que cursavam entre 5^a a 8^a série do 1^o grau. Estão matriculados regularmente 114 alunos na escola e todos foram estimulados a participar da atividade. **RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS:** A gestão escolar participou ativamente no momento que foi apresentado o trabalho proposto pela da equipe para selecionar receitas saudáveis a partir de ingredientes da própria merenda escolar. Segundo a nutricionista que analisou as receitas constatou que: *“Observei que as receitas são muito boas, mas algumas fazem uso de frituras, temperos com alto percentual de cloreto de sódio, além de produtos industrializados como a azeitona e o palmito em conserva que também possui um elevado percentual de sódio prejudicial á saúde”*. Na opinião do serviço de nutrição as receitas que se apresentam saudáveis são: 1^o lugar: receita saudável salada italiana, 2^o lugar e 3^o salada colorida. Apenas duas receitas foram apresentadas doces: 1^o lugar salada de frutas e 2^o lugar pudim de leite. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo possibilitou demonstrar que a equipe de saúde pode contar a comunidade no desenvolvimento das atividades pra promover promoção e prevenção de saúde. Uma das limitações do estudo foi o curto período de tempo entre as inscrições e o dia de apresentação das receitas, o que pode ter gerado contaminação e alteração dos resultados. O apoio da direção da escola foi primordial para que incentivassem os alunos a participar da atividade proposta pela Estratégia saúde da família. **REFERÊNCIAS:** 1. REIS

EC et al. Screening Children to Identify Families at Increased Risk for Cardiovascular Disease. *Pediatrics* 2006; 118(6):1789-1797. **In** STRUFALDI, Maria Wany Louzada; SILVA, Edina Mariko Koga da e PUC-CINI, Rosana Fiorini. Sobrepeso e obesidade em escolares pré-púberes: associação com baixo peso ao nascer e antecedentes familiares para doença cardiovascular. Embu região metropolitana de São Paulo, 2006. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 16, n.11. 2011. 2. LUMENG JC, Rahnama S, Appugliese D, Kaciroti N, Bradley RH. Television exposure and overweight risk in pre-schoolers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; **160**: 417–422. **In**: Nethe, A. et al. Existing policies, regulation, legislation and ongoing health promotion activities related to physical activity and nutrition in pre-primary education settings: an overview. **Obesity Reviews**, 2011. 3. REILLY JJ, Jackson DM, Montgomery C *et al.* Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. *Lancet* 2004; **363**: 211–212. **In**. Nethe, A. et al. Existing policies, regulation, legislation and ongoing health promotion activities related to physical activity and nutrition in pre-primary education settings: an overview. **Obesity Reviews**, 2011.

Cuidados tradicionais de cuidado e cura na cidade de Fátima-Bahia

Ernande Valentin do Prado
Idivania de Oliveira Menezes

As práticas de saúde foram, ao longo dos tempos, se afunilando e voltando-se para as exigências do modelo biomédico, que busca banir toda e qualquer forma do cuidado que não tenha como expressão sua ciência. Neste caso, curandeiros e curandeiras são vistos como charlatões e não como uma forma de apoio inestimável a busca de cuidado e cura. Enfermeiros e Enfermeiras veem essas práticas integrais e holísticas como uma afronta à ciência, porém a população, sobretudo as do interior, ainda as vê como um aporte na busca incessante pela cura. O objetivo deste trabalho é apresentar uma visita realizada a cidade de Fátima, interior da Bahia, onde a população ainda preserva suas raízes e a buscar por cuidados tradicionais é aparentemente forte. Não se trata de uma pesquisa com rigor científico, mas de uma prática educativa realizada com praticantes de cuidados tradicionais.

INTRODUÇÃO: A concepção de saúde determina as práticas de cuidado no seio da sociedade. Esta é um reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural da época em que se vive e não é percebida da mesma forma por todos. Scliar (2007), diz que na a composição da concepção de saúde consideram-se valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas. Por outro lado é preciso considerar que as práticas cotidianas dos profissionais e serviços também condicionam o conceito de saúde da população usuária, Minayo (2010). Scliar (2007), diz que Saúde/doença já foram pensadas como merecimento ou castigo divino. Nestas épocas a assistência à saúde consistia basicamente de fazer a vontade divina, contribuir para que os pecados fossem expiados para voltar a ter saúde ou realizar a passagem para o mundo sobrenatural. Nestas épocas: “*O conhecimento dos meios de cura conferia poder no seio dos grupamentos humanos, e o homem, aliando tal conhecimento ao misticismo, fortaleceu esse poder e apoderou-se dele, transformando-se muitas vezes em figura mística ou religiosa para aplacar a forças do mal Oguisso (2007, p. 7)*”. Centenas de anos se passaram desde estas épocas remotas da humanidade. Novas concepções foram sendo incorporadas, mas o entendimento mágico religioso ainda perdura em muitas culturas, seja urbana ou rural, apesar dos esforços realizados pelos “cientistas” ao menos desde o século XVII em racionalizantes e normatizar os cuidados de saúde, Lima (2007). Entender, sem preconceitos esta dinâmica cultural é fundamental para conseguir promover saúde de fato nos dias de hoje. **Portanto pode se dizer que o curandeirismo tem um papel importante a desempenhar na promoção de saúde. Estas práticas tradicionais têm tradição no Brasil, mas sua presença é cada vez mais invisível na cultura urbana. Dentro desta tradição pode-se encontrar Pais e Mães de Santo, das religiões Africana, benzedeiras e rezadores, raizeirosparteiras, videntes, entre outros que atuam na arte do cuidado popular. O diferencia profundamente essa práticas de outras oficiais é o entendimento do sujeito como um todo, coisa**

utópica nas práticas oficiais de saúde. Em Fátima, no entanto, talvez por ser uma cidade localizada na região semi-árida do Nordeste Baiano ainda se cultiva com muito afincos as práticas de curas trazidas pelos antepassados. Fazendo uma análise da história, observa-se que os negros trouxeram consigo, muito da cultura africana, atrelada a esta, valores próprios de um povo que foi capaz de preservar e transmitir sua cultura. Deste modo, o Brasil foi se formando e proliferando as múltiplas culturas advindas com os estrangeiros. Assim, inicia-se também a modelação do atual sistema de saúde. Porto(2008), diz que o sincretismo é a marca da cultura brasileira que se alimentou de diversas etnias e que muitas delas com tradição nas práticas de saúde. A cidade de Fátima foi fundada por “desbravadores corajosos e ansiosos para cruzarem paisagens sem rotas e avançarem na caatinga inóspita rumo ao sertão da Bahia” (VIEIRA: 2007), com isto fixou-se ali algumas famílias. Porém, o hospital mais próximo encontrava-se na cidade de Ribeira do Pombal há 55 quilômetros aproximadamente, por tamanha dificuldade de acesso, os primeiros moradores deste município cuidavam de seus enfermos através do uso das ervas, ou recorrendo aos curandeiros. Esta era a prática mais comum e as formas de cura utilizada por eles foram passando de geração para geração. Hoje, essas práticas já não possuem a mesma força, embora seja, ainda, muito utilizada. A investigação sobre o referido assunto foi realizada a partir de uma etnografia. Velho(2004, p.123), avaliando os aspectos qualitativos da pesquisa antropológica, diz que “a observação participante, a entrevista aberta, o contato direto, pessoal, com o universo investigado constituem sua marca registrada”. Esta metodologia nos dá a possibilidade de perceber aspectos culturais não explicitados em entrevistas objetivas, o que exige do pesquisador um maior esforço para compreensão do dito explicitamente e do expressado através da linguagem não-verbal.

CUIDADOS TRADICIONAIS: UM BREVE HISTÓRICO- A história dos cuidados tradicionais está completamente atrelada à história do Brasil, uma vez que, as muitas práticas, que ainda contemplamos na atual sociedade foram oriundas dos negros, trazidos da África para realizarem o trabalho braçal na exploração da terra descoberta. Como eram obrigados a viverem em situações extremamente precárias, os escravos, adoeciam com muita facilidade e não tinha acesso aos serviços de saúde, que por muito tempo, no Brasil, eram prestados aos brancos. Sentiam a necessidade de recorrerem à cultura de sua pátria para saciar a necessidade de cura, além de darem mais crédito aos seus atos do que ao próprio atendimento médico, essa credibilidade se estendeu também a alguns brancos, conforme enfatiza Soares (2001), diz que a medicina africana mostrava-se melhor aos olhos da população negra da Corte e que mesmo os brancos, apesar da desconfiança, recorriam aos cuidados dos negros. É desta troca e, muitas vezes da apropriação, de experiências entre índios, africanos e europeus, que a prática médica no Brasil se forma dentro de moldes extremamente abasileirados e miscigenados. Embora, tenha tido seus valores, hoje a prática do curandeirismo, é crime conforme coloca o Código Penal Brasileiro, artigo 284: “*Curandeirismo Art. 284 - Exercer o curandeirismo: I - prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância; II - usando gestos, palavras ou qual-*

quer outro meio; III - fazendo diagnósticos: Pena - detenção, de seis meses a dois anos. Parágrafo único - Se o crime é praticado mediante remuneração, o agente fica também sujeito à multa". Não se pode pensar o serviço de saúde pautado num comportamento tal qual o curandeirismo externa, porém é necessário um mútuo respeito entre as culturas e seria bem pertinente se o modelo biomédico deixasse cair às amarras do poder maior da ciência e olhasse envolta, buscando conhecer a cultura do outro, não como pior ou melhor que a sua, mas como uma possibilidade de transformação da visão de saúde dentro das mais diferentes formas de ver o processo saúde e doença. O PODER DAS PRÁTICA TRADICIONAIS DE CUIDADO E CURA NA CIDADE DE FATIMENSE: No decorrer da realização da pesquisa, por estar um tanto distante da prática observada, várias situações chamaram-me atenção, como por exemplo, o fato de tanta gente ainda hoje ir em busca de cuidados tradicionais de cuidado e cura. É instigante perceber como a fé que depositam nestas práticas faz com que sintam-se realmente melhores de seus males. Há a certeza de que seus problemas serão resolvidos, não importa se amoroso, alcoolismo ou patológico, têm a certeza de que serão curados através dos banhos ou por tomarem os chás indicados. Num bate-papo com uma senhora, ouvi o relata que a parteira, que pegou sua primeira filha, vestiu-se de vaqueira, dizendo que era para facilitar a liberação da "dona-do-corpo", além de utilizar dentro da vagina da parturiente, baba da parteira ou as cinzas de seu cachimbo, dizendo ser para não inflamar o local, pois fora rasgado pela passagem do bebê. Além de montar todo um ritual, onde a parturiente tinha que está vestida de vaqueira, o esposo deveria dar voltas pela casa até que viesse a dar a luz e ela fazia suas orações a Nossa Senhora do Parto, ao mesmo que entoava alguma canção que invocava a dona-do-corpo não demorasse a ser expulsa, pois era desta que se acreditava que a morte chegaria. Todo esse processo deu origem ao envolvimento das enfermeiras no decorrer da gestação, buscando uma participação ativa, dando maior segurança à futura mamãe, a respeito disto Nakamura (2009, p.77): *"Trata-se de um modelo (parteias) de assistência ao parto relacional no qual a parteira interage constantemente com a mulher, seu parceiro e sua família, oferecendo a todos aqueles que participam do processo de nascimento uma linguagem ritual permeada por rezas que invocam, inclusive, forças sobrenaturais, e que lhes possibilita elaborar um sentido que a experiência da gravidez e do parto ao mesmo tempo, em que cuida da saúde materno-infantil a partir dos aspectos socioculturais, próprios ao contexto no qual elas estão inseridas"*. Outros relatos foram ouvidos como a afirmativa *"meus filhos quando eram recém-nascidos não tinham cólica porque assim que caía o umbigo eu o pegava e fazia o chá e dava para a criança beber, Dona Maria rezadeira quando era viva ensinava a todo mundo e assim agente fazia e todo mundo tinha saúde"*. Um outro estereotipo da cultura em saúde neste município, são as rezas, realizadas pelas benzedadeiras com um pequeno ramallete de folhas, que curam espinhela caída, desvio que se dá na coluna vertebral e ao retirar as medias das laterais dos ombros há uma diferenciação na altura; olhado ou olho ruim, adquirido por olhares invejosos e que podem levar recém-nascidos a óbito. Aos olhos da ciência isto não passa de indisposição que se dá tanto em crianças quanto em adultos, e que não tem nada a ver com o dito popular. O senhor J.M.C, 83 anos, afirma que nunca foi ao médico, que tem um amigo que reza e "não fica doença" depois é só fazer os banhos ou tomar a garrafada direitinho. Fui ainda ao encontro do Sr. A.S.J, 79 anos, que segundo informa fazer

uma oração tão poderosa que espanta cobra de qualquer roça, além de curar picadas de cobras venenosas sem deixar sequelas. Durante a pesquisa constatei que é relativamente comum as pessoas deixarem de procurar o sistema de saúde para irem até a casa deste senhor em busca de uma reza milagrosa. P. L. S, raizeira, relata que consulta em média 40 a 50 pessoas por mês, em sua casa. Segundo ela, por várias enfermidades, mas comuns são: dores de cabeça e nos ossos, diabetes, câncer e bactéria no estômago. Instiguei para que falasse um pouco mais e disse que as garrafadas são produzidas por ela mesma. C. L. P. é Umbandista. Muito conhecido por realizar adivinhações e ter o poder de expulsar espíritos. Ele considera que toda forma de adoecimento vem tangido dos espíritos, assim quando faz a sessão e consegue expulsá-lo leva com ele (o espírito) a doença. Diz que em alguns casos é necessário banho de sal grosso ou arruda por três a sete dias. Nakamura (2009, p. 76), diz que a doença, neste entendimento, é: “uma simples aparência, uma maneira que as forças sobrenaturais tem para aparecer, de se revelar no mundo dos homens. Trata-se, enfim, de uma compreensão da doença físico-moral do processo saúde-doença que envolve a totalidade da pessoa considerada doente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Não quero com os relatos estabelecer uma relação de discriminação, o intuito é para ilustrar que os fatores de adoecimento e cura variam de cultura para cultura, e está atrelada a formação de cada indivíduo. Helman (2007, p.115), afirma que “as definições do que constitui saúde e doença variam entre os diferentes indivíduos, famílias, grupos culturais e classes sociais” Visto no dito pela autora que cada um estabelecerá para si o caminho que lhe propicie uma maior garantia de cura, independente dos sistemas de saúde. Nesta ótica, é plausível que enfermeiros atentem à importância do respeito à cultural para o êxito do tratamento, não deixando de cumprir o seu papel, porém com o cuidado de não sobrepor sua cultura a do paciente, que é um ser formado em sua totalidade, envolvido com suas crenças, valores éticos e morais. É necessário pensar que “o cuidado vai além do conhecimento sobre alterações físicas e psíquicas” (NAKAMURA, 2009: P. 108) e que os cuidados e os tratamentos biomédicos não são a única forma de encontrar a cura. **REFERÊNCIAS: BRASIL. Código Penal. Colaboração de Antonio L. de Toledo Pinto, Márcia V. dos Santos Windt e Lívia Céspedes. 39. ed. São Paulo: Saraiva 2001, 794.p. HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. Tradução Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. LIMA, J. C. F. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, A. F. e STAUFFER, A. D. B. (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. NAKAMURA, Eunice. MARTIM, Denise. SANTOS, José Francisco. **Antropologia para Enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2009.** MINAYO MCdS. **O desafio do conhecimento.** 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010. Oguisso T. As origens da prática de cuidar. In: Oguisso T, editor. **Trajetória histórica e legal da enfermagem.** Barueri-SP: Manole; 2007. p. 03-29. PORTO, Ângela. **A saúde dos escravos na historiografia brasileira. Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro – APERJ: 2006 – disponível em [www.rj.anpuh.org/resources/rj/Anais/2006/conferencias/Angela Porto.pdf](http://www.rj.anpuh.org/resources/rj/Anais/2006/conferencias/Angela%20Porto.pdf) . SCLiar M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.**v. 17, 2007, p. 29-41. VELHO, Gilberto. **Individualismo e Cultura: notas para uma******

Antropologia da Sociedade Contemporânea. 7ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004. Coleção Antropologia Social. VIEIRA, Edna Borges. *Fátima*, Nossa Terra, Nossa Gente. PALAVRAS-CHAVE: saúde; cuidados tradicionais de cuidado e cura; cultura; modelo biomédico.

O saber fazer da enfermagem e a feira de Paripiranga

Ernande Valentin do Prado

Este trabalho descreve o saber fazer da enfermagem no projeto de extensão Saúde e Cidadania na Feira livre de Paripiranga. Tem o objetivo de refletir sobre dia a dia das estudantes de Enfermagem. Trata-se de uma vivência com estudantes de primeiro, segundo, quarto e quinto períodos do curso de Enfermagem da Faculdade AGES, Bahia, no ano de 2011. A experiência mostra de modo muito simples como o cuidado de Enfermagem tem a força de motivar as pessoas a se autocuidar e melhorar sua condição de saúde/doença.

INTRODUÇÃO: Discutir o saber/fazer da enfermagem, muitas vezes é complicado, pois ora tende a valorizar o fazer ora o sabe de forma teórico. Waldow (2007), diz que o saber compreende, além da intuição, uma consciência do que se conhece ou vem a conhecer. Diz ainda que a essência e o saber da Enfermagem é o cuidado. Refletir sobre o cuidado é sempre importante. Neste trabalho a reflexão se apoia na experiência das estudantes de enfermagem em um projeto de extensão realizado em Paripiranga, Bahia, no ano de 2011. O trabalho parte do pressuposto de Holliday (2006), que diz que nossa experiência é um momento privilegiado de produzir conhecimento. **O PROJETO:** Em agosto e setembro de 2010 estudantes de Enfermagem frequentaram a feira com dois questionários. Após encerrar a fase de entrevistas, foi realizado um vídeo documentário, “Quem é o feirante”, disponível na internet (Prado e Silva, 2011). Após essa fase, no primeiro semestre de 2011, foi iniciado o atendimento aos trabalhadores em um trailer, disponibilizado pela Faculdade AGES, semanalmente. No segundo semestre, após o grupo de alunos e professores já ter se incorporado a paisagem, foi montado o espaço permanente de Assistência Comunitária em uma sala cedida pela prefeitura municipal de Paripiranga. Desde então foram incorporados outros projetos, tais como assistência de saúde aos compradores, orientação jurídica e outros. **OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM:** No momento as atividades realizadas na Feira livre de Paripiranga pelas estudantes de Enfermagem são voltadas para o trabalhador feirante. Porém não se restringem a verificar Pressão Arterial e o nível de Glicemia Capilar das pessoas diagnosticadas com diabetes. Além disso, há as orientações, o contato entre estudantes e trabalhadores e principalmente, a interação entre eles. É dessa interação, do acolhimento que se espera construir os vínculos que proporcionará conhecer verdadeiramente o feirante e conseguir contribuir para a melhora do estado de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida. O objetivo também é contribuir com a formação de Enfermeiras com sensibilidade para o trabalho em Atenção Primária à Saúde focada na alteração das iniquidades em saúde e na construção do cuidado como forma de SABER/FAZER/AGIR da e na Enfermagem. **TRÊS EXEMPLOS:** Todas as semanas são reservados momentos para discutir as atividades realizadas durante o dia. Busca-se relatar como foram as ações, os sentimentos envolvidos e as competências desenvolvidas

e/ou aprimoradas na interação, no fazer e no cuidar. Em uma destas semanas foram identificadas três situações interessantes, aqui relatadas. Não se trata das observações mais interessantes vivenciadas, ou seja, não se está julgando estes os resultados mais relevantes, pois como já frisado, a intenção principal neste primeiro momento é a criação de vínculo através do acolhimento. A opção por estes resultados deve-se exclusivamente a fato de estar disponível em um relatório solicitado pela gestão da instituição. O acolhimento, neste projeto é entendido como descrito por Francolli e Zoboli (2007), como a base de todas as ações pensadas e desenvolvidas. **Exemplo 1.** Homem. Pressão alterada. **Primeiro Atendimento:** Pressão Arterial 180/120. Havia abandonado o tratamento, não fazia uso de medicações regularmente. Sedentário, sobrepeso, sem nenhum controle da alimentação. **Terceiro atendimento:** Voltou a fazer uso das medicações, melhorou o controle da alimentação.

Pressão Arterial neste dia 140/90. 2. Homem. Pressão e glicose alteradas. **Primeiro Atendimento:** **Pressão Arterial no primeiro contato** 160/100. Glicose 267. Abandonou o tratamento porque os sintomas desapareceram, não fazia uso regular da medicação, sedentário, sem nenhum controle da alimentação. **Terceiro atendimento:** Voltou a fazer uso das medicações regularmente, melhorou o controle da alimentação. **Pressão Arterial neste dia** 120/80. Glicose 120 Mg/Dl. 3. Homem. Pressão alterada. **Primeiro Atendimento:** **Pressão Arterial no primeiro contato** 240/140. Abandonou o tratamento, não fazia uso regular da medicação, sedentário, sobrepeso, sem nenhum controle da alimentação, hipertensão assintomática. **Terceiro atendimento:** Voltou a fazer uso das medicações regularmente, passou a controlar o peso e fazer exercícios físicos. Já perdeu 3 quilos.

Pressão Arterial neste dia 130/90. **CONSIDERAÇÕES SOBRE AS VIVÊNCIAS:** Esses três exemplos não podem ser tomados como prova da eficácia do trabalho apresentado, até porque foram mínimos e durante pouquíssimo tempo. Nem ao menos se trata de uma amostra de pesquisa. São apenas reflexões sobre o fazer a partir da intencionalidade do projeto e das estudantes. Embora seja evidente o papel desempenhado pelo uso das medições nos três casos relatados, não se pode ignorar o disparador das motivações, neste caso o cuidado das estudantes de Enfermagem. Estes não devem e não podem ser atribuídos à simples verificação da pressão arterial e no nível de glicose. Verificar a pressão ou a glicemia de alguém pode ser apenas um gesto mecânico por parte do profissional, um procedimento técnico. Mas pode também ser uma forma de aproximação, de iniciar o diálogo, de acolher e cuidar. Junto com o ato, o procedimento, vai também à palavra, a escuta, o gesto de carinho, o sorriso, o **importar-se**, atenção, orientações. Enfim, o cuidado de Enfermagem. Quero acreditar que foi isto que fez a grande diferença nos níveis da pressão arterial e do nível de glicose no sangue. E é isso que motivou estas três pessoas a buscar em si forças para controlar seus problemas. E isso não é pouco. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As estudantes que estão fazendo parte do Projeto Saúde e Cidadania na Feira não estão apenas VERIFICANDO PRESSÃO e GLICEMIA CAPILAR, estão dedicando seu tempo, sua atenção para contribuir com a qualidade de vida do trabalhador feirante. Para despertar neles a vontade, a necessidade do autocuidado. A finalidade não é a quantidade de pessoas atendidas, não é o procedimento técnico

que está sendo desenvolvido, não é a quantificação de feirantes com pressão alterada que importa para no final do período escrever um artigo ou uma monografia, mas colaborar com o empoderamento do sujeito, para que assim ele possa melhorar sua condição de saúde. É isso que parece estar acontecido com essas três pessoas, ou seja, foram cuidadas, sentiram-se importantes para essas meninas e a partir disto sentiram-se importantes para si mesmos e controlaram a pressão e a glicemia. A reflexão apresentada, embora modesta, é importante para o fazer cotidiano, pois, segundo Paulo Freire (1996), teoria sem prática pode virar blablabla e a prática ativismo. **REFERENCIAS:** FRANCOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P. Acolhimento: uma tecnologia para assistência. In: SANTOS, A. D. S. e MIRANDA, S. M. R. C. D. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri-SP: Manole, 2007. p. 376-392. HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências.** Brasília: MMA, 2006. WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da Enfermagem.** Petrópolis: Vozes, 2008.

Acolhimento de cidadãos: uma experiência em capacitação da rede de atenção as drogas

*Estela Márcia Rondina Scandola
Maria Beatriz Almeidinha Maia*

A metodologia problematizadora foi a base para o desenvolvimento da capacitação da rede de atenção ao enfrentamento as drogas, na temática do acolhimento. Esta disciplina compõe 16 horas aulas do Curso de Aperfeiçoamento em crack e outras drogas, destinado aos profissionais do SUS e SUAS, bem como coordenadores e outros trabalhadores das comunidades terapêuticas. A carga horária total do curso é de 120 h/a, destinada a uma turma de 60 participantes, sendo executado pelo Centro Regional de Referência no Enfrentamento e Combate ao crack e outras drogas, vinculado a Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, na cidade de Dourados e atendendo a macrorregião com 34 municípios. A modalidade predominante até então no curso foi uma pedagogia transmissora com muitas fontes de conhecimentos e forte enfoque proibicionista, baseado em estudos clínicos e casos policiais, reforçados por uma forte presença das religiões, sendo estas consideradas fortes aliadas no atendimento aos dependentes químicos. A ementa do trabalho da equipe de educação popular foi: Acolhimento em Rede e Trabalho em Rede. O trabalho foi realizado em equipe por educadores com forte experiência na temática das drogas a partir da abordagem em diferentes ambientes, educação de rua e com o compromisso com a redução de danos. O trabalho foi desenvolvido por meio de jogos, conhecimento do grupo, questões geradoras, problematização de situações e vivências que proporcionavam compreender as contradições das realidades vividas pelo outro e por si como participantes da mesma realidade. A avaliação da atividade pelo grupo do processo formativo demonstrou as próprias contradições existentes na temática. Enquanto um grupo registrou insatisfação porque não foi repassada a forma do acolhimento, as regras do acolhimento e as obrigações da rede de atenção, ou seja, não havia determinação de como os procedimentos devem ocorrer. De outro lado, houve uma aprovação da metodologia de trabalho, falando da importância de um novo olhar para o usuário de drogas (visto como sujeito de direitos) e a relação com a rede de atenção, especialmente o conhecimento entre os participantes, a rede de serviços, as fragilidades e as possibilidades de vínculos profissionais.

A política brasileira de enfrentamento as drogas, embora tenha uma diretriz política, tem a sua operacionalização a partir de diferentes propostas pedagógicas e interpretações da realidade. Convivem atualmente correntes ideológicas que se completam e outras que se contrapõem. Numa visão mais conservadora, o olhar sobre as drogas vão da condenação à caridade. Nesta linha, 3 pontos de vistas completam-se e se cobram: para o grupo conservador da saúde o usuário é visto como doente e, portanto seu caminho é a internação; para a justiça onde é visto como delito e seu caminho é a cadeia e, para a moral, o recurso é a religião onde ele é visto como pecador e a saída para o problema é a conversão e

entrega total ao cristianismo. Em quaisquer dessas visões, o problema é encaminhado de forma individual, sendo a abstinência a única saída e a proibição do uso como regra. Para outra corrente ideológica, o uso, abuso e dependência das drogas, tem um olhar pautado no processo sociohistorico e nas diferentes funções que são inseridas no contexto em que grupos sociais estão organizados. O enfrentamento às drogas como um processo complexo que significa o respeito aos cidadãos como sujeitos de direitos e potencialidades; a compreensão dos determinantes sociais como componentes essenciais e o trabalho em rede solidaria e em permanente construção compõem um desafio permanente, cuja potencialidade é exatamente não ter receitas prontas, mas construir juntos baseadas nesses princípios. Realizar a capacitação da rede de atenção significa, muitas vezes, não somente explicitar essas correntes como, fundamentalmente, coloca-las em confronto, desconstruir conceitos e regras sedimentadas, na maioria das vezes, no senso comum condenatório sedimentado pelos valores da culpa individual, da supressão de direitos e da higienização social. No Brasil, a partir da Secretaria Nacional Anti-Drogas – SENAD, estão em curso os Centros Regionais de Referência - CRR para **O ENFRENTAMENTO AO CRACK E OUTRAS-DROGAS** e estão sediados em diferentes instituições públicas e desenvolvem capacitações aos públicos da rede de atenção. Em Mato Grosso do Sul, o CRR está localizado na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, com sede em Dourados, com abrangência a 34 municípios da macrorregional. Realizou diferentes tipos de cursos, sendo que o Curso de Aperfeiçoamento em Crack e Outras Drogas teve a carga horária de 120 horas e foi destinado aos profissionais do SUS, SUAS e comunidades terapêuticas. A grade curricular tem forte base nos estudos clínicos, nos casos e dados policiais e o enfoque proibicionista majoritário no processo formativo. A introdução da educação popular ocorreu no final do curso, sendo a ementa acordada entre a coordenação e a equipe de educadores foi: A - Trabalho em Rede: reconhecimento dos pares; conceitos sobre uso, abuso, dependência e convivência com drogas; incompletude institucional e articulação pessoal/institucional. B - Acolhimento em Rede: intra e intersetorialidade; potencialidade dos usuários e dependentes químicos; desafios do acolhimento a partir do senso comum sobre drogas e da não valorização da potencialidade dos dependentes químicos. As atividades ocorreram em dois encontros de 8 horas e foram assim distribuídas: 1º. Encontro: Jogos teatrais para reconhecimento do outro; trabalho em grupo para levantamento das experiências pessoais e profissionais com as drogas lícitas e ilícitas; Questões Geradoras (drogas, uso, abuso, dependência e convivência); (des) construção dos conceitos em plenária e, filme: Quebrando o Tabu. 2º. Encontro: Reunião por organização presente levantamento da missão institucional de cada uma, fortalezas e fragilidades; visita as organizações (de forma simbólica, em frente aos cartazes e entrevistando os representantes); oferta e troca de fortalezas entre as organizações; banco de boas ideias para o trabalho em rede; leitura do texto “Bordar a Rede” e construção de novos conceitos sobre rede. Neste segundo encontro percebeu-se diferentes reações frente ao curso, cuja abertura de fala aos participantes foi possível a partir da proposta metodológica que havia sido iniciada. Diferentes avaliações, inclusive contraditórias foram sendo expressadas a partir da metade do segundo encontro. A metodologia transmissora até então desenvolvida agradava a

parte do grupo e um outro insatisfeito, queria aprofundamento da discussão do trabalho em rede a partir do conhecimento entre as organizações e a firmação de acordos e parcerias. A educação problematizadora que não firma receitas de como fazer mas explicita e constrói princípios, diretrizes como a necessidade de elaborar a intervenção na temática da droga a partir da realidade e o respeitando os sujeitos como cidadãos de direitos, causa insegurança em grupos importantes que tem valores dogmáticos. De outro lado, proporciona o repensar de praticas e valores que estavam arraigados no senso comum. Aliado a isso, a educação popular que fortalece os valores contra-hegemonicos garante aqueles que estavam subjugados pelo pensamento dominante, a oportunidade de expressão e de construção de outros conhecimentos. A insegurança pedagógica tão importante para a construção da autonomia dos educadores pode também ser vista como falta de capacidade para o trabalho. Por isso, desenvolver ideias sobre o que pode ser feito e compartilhar essas ideias fortalece o grupo que quer construir o novo. Complexificar a discussão para além da dependência e da abstinência, vai requerer ações de enfrentamento que pautem a promoção de direitos, a prevenção aos riscos em saúde e o atendimento baseado na solidariedade, no respeito e na cidadania. Ao pautar a atuação dos trabalhadores que estão nas organizações envolvidas com a temática das drogas, há que se considerar que estes também são sujeitos de direitos e podem atuar não somente localmente e com os indivíduos e grupos com os quais trabalham, mas também ser participe de um processo em que há atuação local, translocais, globais, regionais, ou seja, uma atuação como ser político. Sobre a avaliação dos dois encontros foi sugerido a avaliação e duas pessoas se colocaram em nome da turma dizendo que esta metodologia de discutir acolhimento não serviu para retirar as pessoas que estão caídas nas sarjetas e que é esta a demanda para o curso. Outra pessoa também se expressou falando que essa forma de fazer a capacitação não ensina a trabalhar e as pessoas “ficam pensando e pensando, mas não sabem como atender os drogados”. Por escrito foram feitos os seguintes registros: *Eu gostei*: Fez com que eu não enxergue as coisas sem ser por senso comum e levar isso para o meu dia a dia; Abrir a discussão, polemizar; pensar sobre o que pode dar certo; fazermos parte, ser parte; descobrir que não sou senso comum; Aprender a olhar o outro “usuário” com uma nova visão, um novo olhar. *Eu Critico*: É preciso proporcionar mais a troca; gente que critica só por criticar; falta ter mais vezes metodologias como essa; proporcionar o encontro de mais pessoas. Sugestão: Acontecer mais esses eventos, melhorar e construir junto; Investir na qualificação de pessoas que trabalham na área de álcool e outras drogas; Investir mais na troca. Considerações finais: Inserir metodologia de educação popular em cursos baseados na pedagogia da transmissão e do condicionamento constitui-se um desafio que precisa avaliado entre os educadores para que a expectativa dos resultados não seja frustrada; Realizar ações educativas em que se instale dúvidas e questionamentos em assuntos dogmatizados, causam insegurança e desestabilizam os grupos que estão acostumados com treinamentos e, se não houver continuidade do trabalho a partir do ouvir e do criar com os educadores, poderá ocorrer um retorno a zona de conforto anterior; E a educação popular que ouve as diferenças, os desencontros e as contradições e possibilita a reconstrução de um novo baseado na autonomia dos sujeitos, sendo estes conviventes do mesmo processo: usuá-

rios e dependentes químicos junto com trabalhadores dos diversos serviços; Construir saberes passa também pelo conhecimento técnico sobre as drogas, sobretudo pela compreensão política sobre elas. O trabalho em rede necessita que esta se (re) conheça, se incomplete e mantenha, permanentemente a articulação e mobilização, o que somente é possível com metodologias que aposte no encontro do saber popular e do saber científico rompendo com o senso comum sedimentado pelos valores hegemônicos na sociedade; Por fim, é fundamental manter animados os educadores comprometidos com a educação popular, buscando nos grupos com os quais trabalhamos ou ocupamos novos espaços, gentes de coragem de mostrar-se diante das adversidades e incidir sobre elas. No caso das capacitações das redes formais envolvidas na temática das drogas, a coragem de desestabilizar a regra do não direito e construir ilhas de possibilidades do viver com utopias de dignidade. REFERÊNCIAS: BORDENAVE, Juan - Alguns Fatores pedagógicos Texto traduzido e adaptado do artigo La Transferência de Tecnologia ao Pequeno Agricultor. Bordenave, Juan E, Dias Revista Interamericana de Educação de Adultos, vol 3 nº 12 PRDE-OEA Por Maria Thereza Grandi, OPS Brasília, 1993. FREIRE, Paulo - A Pedagogia da Autonomia-Saberes Necessários à Prática Educativa Ed Paz e Terra 25ª Edição 2000. SIQUEIRA, Domiciano - Mal(dito) Cidadão Numa Sociedade Com Drogas King Graf Gráfica e Editora Ltda São Caetano do Sul/SP setembro de 2006. SCANDOLA Estela M R - Bordar Telas – integrantes do viver. Disponível em: <http://www.ibiss-co.org.br/site/publicacoes/>

Circular saberes com mulheres trabalhadoras em sala quadrada

Estela Márcia Rondina Scandola

Relato de experiência de educação popular com a turma de formação em técnico de enfermagem da etsus de mato grosso do sul. A maioria absoluta são mulheres estudantes trabalhadoras da rede hospitalar. Na unidade curricular de ética e cidadania que inaugura o curso, propôs-se que houvesse o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos referentes a preconceito, discriminação, movimentos sociais e direitos humanos. A disciplina tem 20 horas aulas e foi totalmente desenvolvida com a metodologia da problematização, dividida em 7 encontros, inclusive com avaliação dos estudantes com atividade coletiva. As primeiras dificuldades na execução do processo de aprendizagem ocorreram em virtude do espaço físico da sala de aula, o horário noturno de funcionamento da turma, localização da escola e a carga de trabalho dos estudantes no período diurno. Assim, os desafios foram sendo discutidos, mas à educadora coube encontrar alternativas metodológicas, em acordo com a turma de estudantes e colocar-se na insegurança de pouco saber diante dos desafios.

O curso de formação de técnico de enfermagem é o carro chefe da Escola Técnica do SUS – Ena de Araujo Galvão, estando em sua 132ª Turma. A disciplina ética e cidadania é aquela que inaugura o curso e, por isso, tem o primeiro desafio de proporcionar o conhecimento da turma e as primeiras ações coletivas. A relação entre conteúdo e método é indissociável, havendo a necessidade de vivência daquilo que se propõe como conteúdo. O conteúdo previsto foi: direitos humanos, preconceito e discriminação; movimentos sociais e diferentes formas de organização dos trabalhadores em saúde; diversidades étnico-racial, sexual e alteridade no SUS. O primeiro encontro, destinado ao contrato de convivência e levantamento de expectativas em relação à disciplina tornou-se um desafio inicial, posto que a turma, formada por 40 estudantes com 3 homens e 37 mulheres tinham pouco ou nenhum hábito de conversa coletiva como experiências de vida. Assim, a questão geradora para ser conversada em duplas: o que queremos com esta disciplina não avançou para além de “mais conhecimento”, “aprender”, “saber mais”. Assim, somente conseguiu-se retomar as expectativas para uma futura turma a partir da avaliação final. A racionalidade sobre o que esperar de um curso, de uma disciplina, mostrou-se distante do grupo. Com o pouco ou nenhum resultado alcançado, optou-se por uma estratégia de contar histórias de vida d@s estudantes. A partir de um trabalho de grupo e papel manilha/ pincel, deveriam registrar como chegaram ao curso, o que fazem no seu local de trabalho e quais expectativas tem para quando terminarem o curso. Esta atividade teve um grau de dificuldade para registro em cartaz, mas foi mais difícil escolher quem deveria falar em nome do grupo, demonstrando grande fragilidade em exposição de idéias coletivas mas também de uso da fala como expressão pública. À educadora coube ir registrando os aspectos comuns entre os grupos: todos (com exceção de dois estudantes) vinham de 6 (seis) hospitais de Campo Grande,

onde trabalham na limpeza, cozinha, copa, lavanderia; administração, recepção e telefonia; segurança e portaria; farmácia, almoxarifado e auxiliares de setores diversos. As dificuldades para frequentar o curso são: horário (todos saem 18 h e o curso começa as 19h) aliado à deficiência do transporte coletivo; dificuldades financeiras para o vale transporte, pessoa para cuidar dos filhos a noite; cansaço pela carga de trabalho; os afazeres domésticos como jantar, lavagem de roupas e preparação da comida para a família tem causado crise familiar pela ausência noturna da estudante; ausência de horário para estudo, atividades complementares e estágio. Ao responderem quais expectativas sobre o impacto positivo do curso nas suas vidas, as respostas giraram em torno de: melhorar o ganho financeiro; ter uma profissão; fazer concurso; melhorar de trabalho. Apenas duas respostas tinham a ver exatamente como dedicar-se à enfermagem, muito embora trabalhassem em hospitais. A profissionalização e a melhoria no trabalho e no ganho pautam a turma. Estas respostas foram a base para redirecionar a organização da disciplina e a forma de trabalho a partir das especificidades da turma. A partir do segundo encontro as atividades foram abertas com atividades de alongamento e dança, relatado por muitos como sendo o único momento do dia que tinham tempo para tocar-se, perceber o corpo, olhar para os outros com tempo e dar risadas. A atividade não era obrigatória e somente ao final da disciplina é que percebeu-se no grupo que já preparava o ambiente afastando as cadeiras para este momento de integração e partilha. Também se partilhou a fome por falta de tempo para comer, as notícias tristes e as alegrias, sem obrigatoriedade, conversando de forma descontraída. No conteúdo preconceito e discriminação, foi trabalhado por meio de entrevistas onde cada um deveria entrevistar os colegas sobre os preconceitos sofridos e aqueles que possuem bem como as discriminações porque passaram. Os sentimentos de culpa em relação à situação em que vivem (condições materiais de vida, carga de trabalho e responsabilidade com os filhos, principalmente) foram trazidos na maioria das entrevistas, com estereótipos fortes sobre as “opções erradas” que fizeram. Os preconceitos clássicos de raça, orientação e identidade sexual não apareceram como sofridos nem como existentes na sala. A discriminação como inexistente e o pensamento individualizante da responsabilidade pela situação vivenciada foram as bases de respostas. À educadora coube novamente questões geradoras para o trabalho em grupos: então, se não discriminamos e não temos preconceito, quem os tem? Já presenciou discriminação com outras pessoas? A presença de preconceitos e discriminação a partir de outrem foi bastante relatada. Para aprofundar a discussão foi distribuído um texto: Direitos Humanos, Violência e Discriminação – um roteiro para início de conversa. Uma nova dificuldade apareceu: um texto de 2 páginas foi de intensa reclamação por não conseguirem ler e preparar uma apresentação em 1 hora. Um novo desafio para a educadora foi trabalhar com dificuldades de leitura e interpretação. A realização de um festival de poesia foi uma das saídas encontradas para desenvolver a expressão, a fala : Brecht, Pedro Casaldáliga, Pedro Tierra, Clarice Linspector, Cora Coralina, Bob Marley, Titàs, Almir Sater e Renato Teixeira construíram esse momento. Embora tenham recebido os textos em duplas, ou seja, seriam expostos novamente e tenham tido tempo para ensaiar, as apresentações foi um momento de muito nervosismo, dificuldades de leitura e de expressão. Depois das exposições indivi-

duais, trabalharam em grupo os significados que os autores deram e as significâncias dos estudantes e suas relações com poesia. O assombro diante da atividade foi trazido pelos grupos como revelação de sentimentos de medo, emoção, saudade, estranhamento, superação, amizade, insegurança e êxtase manifestado como “saí de mim”. A presença das poesias continuou durante os outros encontros quando alguma discussão “puxava” a poesia deste momento. Para discutir os diferentes movimentos sociais foi realizado um festival de cinema de curtas. Foram eleitos temas que elegeram como aqueles com maior discriminação: HIV/AIDS; diversidade sexual; dependência química; presidiários; negros; índios e religião. Diversidade sexual e dependência química constituíram em um encontro exclusivo com convidados e os demais temas, inseridos em filmes. Por decisão com a turma, o filme começava pontualmente às 19 horas com um debate seqüencial. À educadora a tarefa de escolher os mesmos pois eles não conheciam como procurar e poucos tinham acesso à internet e a grande maioria não domina conhecimentos básicos de computação. Ao todo, foram passados 4 filmes e inserido um tema que é a discriminação a partir do consumo/não consumo de bens. Sobre movimentos sociais o exercício constituiu-se em cada um dos estudantes escrever sobre o que lhe move no cotidiano e em que lutas sociais estão inseridos. Esta atividade, já em final de curso, mostrou uma realidade muito diversa daquela esperada pela educadora. Nenhuma luta apresentada pelas estudantes tem a ver com aquelas que denominaríamos movimentos sociais. As lutas apresentadas foram: terminar o curso; melhorar a profissionalização; comprar uma moto; sair do atual setor... ou seja, as temáticas dos movimentos sociais, embora trabalhadas em todos os demais encontros não estão presentes na vida desses trabalhadores com carga de trabalho exaustiva. Nenhuma indicação de movimento coletivo para encaminhamento dos problemas que vivenciam. Diante da indignação da educadora sobre o inesperado, uma realidade emergiu: “passo 12 horas no 2º. Subsolo do hospital. Não sei nem que horas são e se chove ou se está frio. Não sei o que está falando aqui”; “eu corro o dia inteiro fazendo eletrocardiograma pós óbito, fico cansada com as pernas formigando. Nem assisto televisão que durmo”; “eu fico de orelha quente de tanto atender e passar telefone, não tenho tempo prá nada.”; “carrego panela o dia inteiro, corro pra dar conta... nem sei se tem movimento fora do hospital.”; “agora eu fico dentro do CTI trabalhando na bancada porque tiraram minha mesa, quando posso sentar e comer é que descanso.” “Fiz as contas aqui e acabei de concluir que fico duas horas na minha casa. Não tem como saber nem o que acontece na rua, nem conheço os vizinhos”. A única participação dissonante das falas foi “eu acho que o movimento que eu participo é agora da campanha da fraternidade que é sobre a saúde e fui numas reuniões da igreja sobre isso.” Todos esses desafios trouxeram à reflexão sobre as condições de trabalho porque passam as trabalhadoras dos serviços de manutenção dos hospitais, suas cargas de trabalho, seus desligamentos do mundo envolta e seus completos compromissos com o trabalho focalizado que as retira do viver naquilo que os inseridos no mundo acadêmico diriam que é o “movimento”, “cidadania” ou “luta social”. Ao provocar a turma para encontrarem saídas para diferentes problemas, a partir de uma discussão grupal, percebeu-se que a maioria resolveria os problemas com os apoios individuais dos colegas de trabalho. Lutar pelos direitos coletivos em projetos de

desfavelamento, em ausência de creche, falta de vaga na escola do bairro, filho com dependência química não tem respostas de política pública mas de solidariedade de sobrevivência. A avaliação coletiva da disciplina foi realizada por meio de texto coletivo com as seguintes questões geradoras: o que aprendi nos encontros; o que aprendi; o que os encontros me levaram a repensar as ações e o que isso tem a ver com a enfermagem. Embora a atividade exigisse uma certa concentração, o trabalho foi falando e escrevendo enquanto se passavam os escritos. Ao me despedir, agradei imensamente o fato de terem me feito pensar e repensar e perceber que pouco sei lidar com a educação popular em sala quadrada. Uma das estudantes, dirige-se à sala e fala: Professora, queria dizer que quase não lembro nada do conteúdo... fiquei pensando no que escrever na folha hoje. Mas uma coisa eu aprendi aqui nas segundas-feiras: agora eu falo.

A experiência em educação em saúde com adolescentes no Projeto Pescar

Fabiana Ferreira Koopmans

Maycon Fernandes Rocha dos Santos

Helena Portes Sava de Farias

Renata de Oliveira Batista Nakajima

Bruna Ribeiro Alexandre

Introdução: Este trabalho apresenta o relato de experiência em educação em saúde com adolescentes de um projeto de extensão universitária. Este projeto de extensão atua em um projeto denominado Projeto Pescar, desenvolvido pela Usina Metalúrgica Gerdau Cosigua, localizada em Santa Cruz, no município do Rio de Janeiro. O Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM) atua em parceria com a Gerdau Cosigua neste projeto desde 2008, com alunos do Curso de Enfermagem, desenvolvendo ações de educação em saúde com adolescentes. A atuação no Projeto Pescar ocorreu através de atividades de educação em saúde com adolescentes selecionados para o projeto. A proposta foi uma atuação baseada em oficinas de educação em saúde com temas propostos pelos próprios adolescentes. Este trabalho tem como objetivo discutir as práticas educativas desenvolvidas com adolescentes, a partir de uma experiência desenvolvida no Projeto de Extensão Universitário: Educação em Saúde no Projeto Pescar. Metodologia: A metodologia utilizada neste artigo foi qualitativa, utilizando a técnica de pesquisa descritiva de um relato de experiência sobre uma prática educativa desenvolvida no Projeto de Extensão com adolescentes: Projeto Pescar. Resultado: O processo educativo em saúde procura envolver os usuários e familiares na construção e significado do autocuidado, valorizando por meio do diálogo, os conhecimentos que os sujeitos envolvidos detêm a respeito do tema, objeto de estudo e compreensão da realidade vivenciada. A educação em saúde frequentemente envolve a mudança de atitudes e valores que são alterados com simples instruções baseadas em fatos. Esses encontros basearam-se em oficinas para estes adolescentes, nos quais foram abordados assuntos relacionados à saúde. Entretanto o objetivo maior era para que esses adolescentes sentissem-se acolhidos, e que pudesse ser compreendidos, através da interação entre os acadêmicos de enfermagem (extensionistas) e os alunos (adolescentes) do Projeto Pescar. Conclusão: Percebe-se que a interação entre os acadêmicos de enfermagem e os adolescentes participantes do Pescar faz com que se crie uma nova forma de fazer educação, uma forma mais sensível e de construção de vínculo.

Introdução: Este trabalho apresenta o relato de experiência em educação em saúde com adolescentes de um projeto de extensão universitária. Este projeto de extensão atua em um projeto denominado Projeto Pescar, desenvolvido pela Usina Metalúrgica Gerdau Cosigua, localizada em Santa Cruz, no município do Rio de Janeiro. O Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM) atua em parceria com a Gerdau

Cosigua neste projeto desde 2008, com alunos do Curso de Enfermagem, desenvolvendo ações de educação em saúde com adolescentes. A atuação no Projeto Pescar ocorreu através de atividades de educação em saúde com adolescentes selecionados para o projeto. A proposta foi uma atuação baseada em oficinas de educação em saúde com temas propostos pelos próprios adolescentes. Partindo da premissa de Figueiredo e Tonini (2007), educar é interagir em um determinado espaço, para que se descubra como resolver problemas e/ou como encaminhá-los a outras instâncias. Não deve existir coerção, ordem, mas orientações com argumentações, com base teórica e prática; caso contrário, os profissionais de saúde criam barreiras intransponíveis. Este trabalho tem como objetivo discutir as práticas educativas desenvolvidas com adolescentes, a partir de uma experiência desenvolvida no Projeto de Extensão Universitário: Educação em Saúde no Projeto Pescar. Metodologia: A metodologia utilizada neste artigo foi qualitativa, utilizando a técnica de pesquisa descritiva de um relato de experiência sobre uma prática educativa desenvolvida no Projeto de Extensão com adolescentes: Projeto Pescar. A construção teórico-metodológica utilizada no Projeto de Extensão: Educação em Saúde no Projeto Pescar baseou-se na metodologia da “construção compartilhada do conhecimento”. Neste projeto a abordagem com os adolescentes baseou-se na criação de um espaço, onde fossem debatidos assuntos propostos pelos próprios atores. A metodologia construção compartilhada do conhecimento é desenvolvida na prática de educação e saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos, e tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de vida das pessoas (CARVALHO et al., 2001). Este tipo de prática envolve aspectos tanto de natureza pedagógica quanto metodológica proposta por Paulo Freire numa abordagem construtivista da aprendizagem (ACIOLI, 2008). Resultado: O processo educativo em saúde procura envolver os usuários e familiares na construção e significado do autocuidado, valorizando por meio do diálogo, os conhecimentos que os sujeitos envolvidos detêm a respeito do tema, objeto de estudo e compreensão da realidade vivenciada. Isto promove responsabilidade e participação ativa na implementação de cuidados e melhorias da saúde. (BACKES et al., 2008). A educação em saúde frequentemente envolve a mudança de atitudes e valores que são alterados com simples instruções baseadas em fatos. A Organização Mundial de Saúde pontua que os objetivos da educação em saúde baseiam-se no desenvolvimento nas pessoas, do senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertencam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva (MELO et al., 2009). Neste Projeto a criação deste espaço interativo com os adolescentes aconteceu dentro do Módulo da Saúde do Projeto Pescar, desenvolvido pela Usina Metalúrgica Gerdau Cosigua, em Santa Cruz, no município do Rio de Janeiro. Atualmente o Projeto Pescar está presente em Organizações localizadas em 10 estados brasileiros e Distrito Federal, somando 111 Unidades e mais de 13.700 Jovens formados. Além disso, a Fundação Projeto Pescar recebeu vários prêmios em reconhecimento à iniciativa que beneficia Jovem e Organizações. Também é certificadora do Programa Jovem Aprendiz. Com a visão de ser referência como agente de transformação social de jovens adolescentes (HEMB, 2008). Este projeto faz parte de uma Ação Governamental

mental, sem fins lucrativos, que a Gerdau Cosigua, Usina do grupo Gerdau localizada em Santa Cruz, Zona Oeste do Rio de Janeiro atua em parceria com a UNISUAM e outras instituições privadas e públicas, nacionais e internacionais. O curso é oferecido para 20 alunos, selecionados das comunidades do entorno da Usina. Os alunos aprendem desde regras de conduta, disciplina, adotando novos hábitos de convivência e cidadania, até a profissionalização (GOMES et al.,2009). O Projeto Pescar constitui-se de módulos, com duração de um ano, acontecendo nos turnos da manhã, diariamente. Os alunos são selecionados a partir de provas, entrevistas individuais, dinâmicas de grupo e visitas domiciliares. Uma das exigências para a seleção e manutenção dos adolescentes no Projeto segue a proposta governamental, na qual, estes devem fazer parte de uma família de baixa renda e devem estar estudando em turno diferente do que ocorre o projeto. A UNISUAM atua desde 2008, com graduandos extensionistas do Curso de Enfermagem no Módulo da Saúde, desenvolvendo ações de educação em saúde, no formato de Projeto de Extensão. O Curso de Enfermagem da UNISUAM atua como Projeto de Extensão com o título “Educação em Saúde no Projeto Pescar”. Os acadêmicos de enfermagem são selecionados para participar deste Projeto de Extensão, a partir de provas e entrevistas. Os alunos extensionistas são capacitados a trabalhar com educação em saúde na metodologia de construção compartilhada do conhecimento. Até o presente momento já participaram deste projeto dez acadêmicos e três enfermeiras (dentre elas a coordenadora do projeto de extensão). O Módulo de Saúde desenvolve-se através de quinze encontros, que podem ser planejados de acordo com os coordenadores dos módulos. Diante disso esses encontros basearam-se em oficinas para estes adolescentes, nos quais foram abordados assuntos relacionados à saúde. Entretanto o objetivo maior era para que esses adolescentes sentissem-se acolhidos, e que pudesse ser compreendidos, através da interação entre os acadêmicos de enfermagem (extensionistas) e os alunos (adolescentes) do Projeto Pescar. Cada oficina geralmente tem a duração em média de três horas, com momentos de acolhimento (como são recebidos), atividade central (tema escolhido previamente, com dinâmica de corte e colagem, pintura, desenhos, aulas práticas de primeiros socorros, técnicas de relaxamento e meditação, para melhor interação grupal e assimilação de aprendizagem) e avaliação (com aplicação de questionário, redações e exercícios complementares). O módulo da saúde é ministrado por este grupo de alunos e preceptores capacitados para realizar ações educativas em saúde, em formato de oficinas (quinze), com durabilidade de 60 horas total. Para cada oficina foi realizado um Plano de Aula com dinâmicas, exposição em slides, avaliação de aprendizagem com questionários, redações e pesquisas para serem realizadas em casa. A todo momento há interação entre os alunos e professores para escolhas dos temas de acordo com a necessidade do grupo em questão. Os temas propostos pelos alunos foram: DSTs e AIDS, Corpo e sexualidade incluindo os métodos contraceptivos, as Necessidades do corpo e atividades físicas, Higiene corporal e higiene bucal, O Meio Ambiente, Primeiros Socorros com suporte básico de vida, Alimentação Saudável e Reaproveitamento de Alimentos, Automedicação, anabolizantes e higiene mental. Segundo Acioli (2008), existem alguns princípios que deveriam orientar as práticas educativas como expressão de cuidado em enfermagem em Saúde Pública, que são: diálogo/ouvir o outro; tomar

como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das pessoas, a partir de suas experiências e vivências de situações concretas; troca de experiências e construção de conhecimento entre o saber técnico e o saber popular. Além disso, a extensão possibilita um espaço para ensino-aprendizagem, integrando assistência e pesquisa e promovendo questões de cidadania (ALVES, 2008), a proposta neste projeto está sempre demandando a interação e a troca de saberes, numa dinâmica construtiva, criativa, de forma essencialmente transdisciplinar. Conclusão: Percebe-se que a interação entre os acadêmicos de enfermagem e os adolescentes participantes do Pescar faz com que se crie uma nova forma de fazer educação, uma forma mais sensível e de construção de vínculo.

Estratégias de educação popular em saúde em Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS), da área programática 5.2 (Campo Grande), do Município do Rio de Janeiro

Fabiana Ferreira Koopmans

Ingrid D'avilla Freire Pereira

Alexandro Alves Ribeiro

Francisco José Ramos da Silva

Raquel Barros

A luta pela qualificação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é histórica e é apontada como um dos grandes desafios para a mudança do modelo de atenção à saúde a partir da Estratégia da Saúde da Família (ESF). A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) tem atuado em diferentes formas para fortalecer essa luta política e, recentemente assumiu o compromisso com a Secretaria Municipal de Saúde (SMSDC) do Rio de Janeiro de concluir a formação técnica de 210 ACS, através do Curso Técnico de ACS (CTACS), no formato descentralizado. O presente trabalho tem como objetivo discutir as estratégias de educação popular em saúde produzida dentro do próprio curso (CTACS) na turma de Campo Grande. O recurso metodológico parte da descrição dos professores do curso a partir da experiência em sala de aula e sua apropriação do currículo e da proposta político pedagógica do mesmo. Como resultado desta descrição, apresenta-se que o curso trabalha com vários Eixos, com aulas de diversos formatos e muitas utilizando formas de construção compartilhada entre alunos e professores. O trabalho em sala de aula tem se pautado pelos princípios da construção compartilhada do saber, da politecnicidade e do trabalho como princípio educativo. Cada Eixo tem carga horária pré-estabelecida, com aulas práticas e teóricas, composto por um professor fixo, três preceptores e o coordenador da turma. Além de aulas que valorizam o saber do aluno, com produção de material e dramatizações em sala de aula, com temas pré-estabelecidos, a avaliação das aulas ocorre de forma processual e na confecção de portfólios. Desta forma, possibilitou que os ACS construíssem conjuntamente materiais, facilitando a consolidação de todo saber trabalhado. As concepções pedagógicas e metodológicas do projeto têm possibilitado a participação e o envolvimento dos ACS em sala de aula, principalmente no levantamento de argumentos e reflexões sobre suas práticas. Percebe-se que estes trabalhadores lidam diariamente com desafios e também contradições na ESF. Ao mesmo tempo em que este curso representa o reconhecimento do trabalho e das lutas de uma categoria, observa-se que o mesmo se encontra na lógica fragmentada em que vem acontecendo a formação e o trabalho em saúde, sem o envolvimento de toda a equipe. É válido valorizar as experiências de qualificação dos trabalhadores e a reflexão com subsídio teórico sobre as práticas profissionais, fundamental para a consolidação da ESF.

Manejo de dores crônicas por intermédio de grupo de educação popular e auriculoterapia em Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto/SP

Fernanda Bergamini

Patricia Sanchez

Milena Junqueira Reis

Natália Vaz

Mariana Bertola

Amaury L. Dal Fabbro

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável. Trata-se de uma manifestação basicamente subjetiva, variando sua apreciação de indivíduo para indivíduo. A dor crônica, ao contrário da dor aguda que exerce papel de alerta, é causa de grande intensidade de sofrimento, ansiedade, estresse e incapacidades. Mais do que entender a causa da dor, é necessário entender o que a dor causa nas pessoas. Seus efeitos afetam o sono, o apetite, disposição, até mesmo a vontade de viver. Deve-se considerar que cada dor é única, peculiar, varia de acordo com a cultura, história, personalidade, contexto, momento. Esses fatores refletem na maneira de enfrentamento dessa sensação ou reforçam-na, através de ganhos secundários. Consideraram-se essas informações e o grande número de usuários com dor crônica em área adstrita ao Núcleo, para organizar o Grupo de Dor Crônica. Objetivo: o objetivo desse grupo foi fornecer ferramentas aos usuários para manejo da dor crônica através de grupo de educação popular e auriculoterapia. Metodologia: feita divulgação por cartazes, panfletos e contato telefônico. Os interessados deixaram nome em lista de inscrição e foram contatados previamente para responder a uma entrevista, formulada com base na literatura. Abordou-se, na sequência, “Dinâmica de apresentação e importância do uso correto de medicamentos”, “Postura correta, enfrentamento de mudanças e reflexão sobre atividades prazerosas”, “Alimentação saudável e aspectos psicológicos” e “Vivenciando termoterapia, relaxamento e encerramento”. Ao final de cada encontro foi sugerido que o usuário estabelece uma meta, a qual era retomada ao início do encontro seguinte, e oferecido aplicação de auriculoterapia com sementes de mostarda pela auxiliar de enfermagem. Os pontos utilizados variavam de acordo com o local da dor e outros sintomas sistêmicos. Ao final do grupo, foi feita entrevista reduzida para comparação. Os encontros ocorreram durante o mês de abril de 2012. Também fizeram parte da equipe: alunos da odontologia, farmacêutica, fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga. Resultados: das 15 pessoas que responderam a entrevista inicial, 14 participaram do grupo e, destes, 6 estiveram presentes nos quatro encontros semanais propostos, com duração de uma hora e meia, e responderam a entrevista final. Ao comparar as respostas, foi possível perceber a conscientização referente aos fatores de agudização da dor, sensibilização para tratamento não farmacológico e corresponsabilidade. A escala visual analógica de dor variou de 10 a 3 (média: 6,83) antes

do início da atividade para 4 a 0 (média: 1,33) após a intervenção. Foram encontrados relatos de melhora, alívio, extinção da dor; bem como melhora de dores de estomago e pensamentos mais positivos. Foi possível visualizar maior integração social entre os participantes, acolhimento do grupo para demandas surgidas no decorrer dos encontros. Conclui-se que o grupo serviu de estímulo inicial para apropriação de conhecimentos a fim de prevenir agudização da dor e para melhora de seu manejo, bem como incentivo ao convívio social.

Educação Popular e Saúde: a extensão articulando atores sociais e (re)construindo saberes em diversos cenários na Paraíba

Fernando Silva Santos

Dailton Alencar Lucas de Lacerda

Carina Carvalho Correia Coutinho

Francisco Lima Carneiro

Jocineide Maria Cajueiro

Joyce Gleyze de Araújo Gomes

Educação Popular em Saúde é uma estratégia de construção de teorias sobre o cuidado em saúde, a partir da participação popular. O objetivo deste trabalho é expor visões de experiências com a educação popular e saúde sob a ótica dos diversos atores sociais da comunidade, da equipe de saúde e da formação, articulada pela extensão universitária da Universidade Federal da Paraíba. A partir das rodas de conversas com agentes sociais comunitários de saúde (trabalhador da equipe de saúde, estudantes e professor de saúde de atividade de extensão), do trabalho (apicultor) e político (líder comunitária), participantes de alguns destes projetos foram construídas questões das quais obtivemos relatos sobre o ponto de vista de cada sujeito entrevistado, sobre a contribuição da educação popular para a transformação dos sentidos relacionados ao cuidado em saúde e as implicações em suas vidas. Segundo uma das moradoras da comunidade Maria de Nazaré “[...] foi através da educação popular que a população local conseguiu organizar suas idéias para melhor buscar suas reivindicações”. Ela descreveu o processo, como um apoio político-ideológico. Comentou ainda que, “[...] os comunitários mais desfavorecidos precisavam ser escutados e ouvidos e foi na extensão popular que eles obtiveram esta oportunidade, proporcionando um sentimento de valorização pessoal”. Na comunidade Maria de Nazaré houve uma grande mudança no atendimento do profissional de saúde para os moradores, deixando aquela visão do “paciente-doença”, para começar uma visão mais humanística e integral do sujeito “usuário-cidadão”. Outros relatos obtidos para este trabalho corroboram com a visão da moradora, e assim, a participação ativa dos trabalhadores propondo temas e construindo oficinas, apresentando suas experiências de trabalho e pessoais revela a riqueza de saberes não acadêmicos na construção de novos saberes. Enquanto metodologia ativa a educação popular amplia a visão do ser integral que precisa ser considerado no cuidado em saúde, permitindo respeito, afeto e amorosidade entre todos envolvidos. Assim sendo, consideramos que a extensão orientada pela concepção da educação popular reorienta caminhos onde todos os atores envolvidos se beneficiam e coletivamente elaboram, constroem e executam as ações a partir de uma realidade concreta existente, construindo alternativas dialógicas para construção de novos saberes.

A Educação Popular em Saúde é uma estratégia de construção de teorias sobre o cuidado em saúde, a partir da participação popular. Tem principal característica construir a cidadania plena, promovendo o protagonismo dos sujeitos envolvidos (comunidade, equipe de saúde, formação – estudantes e professores), numa troca contínua de saberes e práticas, na perspectiva da transformação social. O objetivo deste trabalho é expor visões de experiências com a educação popular e saúde sob a ótica dos atores sociais da comunidade, da equipe de saúde e da formação, articulada pela extensão universitária. Na Universidade Federal da Paraíba, no Campus de João Pessoa, diferentes projetos de extensão utilizam da educação popular para promover a saúde nos diversos locais em que estão inseridos. A partir de rodas conversas com agentes sociais comunitários de saúde (trabalhador da equipe de saúde, estudantes e professor de saúde de atividade de extensão), do trabalho (apicultor) e político (líder comunitária), participantes de alguns destes projetos, foram construídas questões das quais obtivemos relatos sobre o ponto de vista de cada sujeito entrevistado, sobre a contribuição da educação popular para a transformação dos sentidos relacionados ao cuidado em saúde e as implicações em suas vidas. Moradora da comunidade Maria de Nazaré, localizada nos Funcionários II, cidade de João Pessoa, Dagmar (codinome), agente comunitária de saúde/líder comunitária, comentou as várias contribuições da extensão universitária de cunho popular (“extensão popular”), nos espaços de sua vivência. Segundo ela, “[...] foi através da educação popular que a população local conseguiu organizar suas idéias para melhor buscar suas reivindicações”. Ela descreveu o processo, como um apoio político-ideológico. Comentou que, “[...] os comunitários mais desfavorecidos precisavam ser escutados e ouvidos e foi na extensão popular que eles obtiveram esta oportunidade, proporcionando um sentimento de valorização pessoal”. Na comunidade Maria de Nazaré houve uma grande mudança no atendimento do profissional de saúde para os moradores, deixando aquela visão do “paciente-doença”, para começar uma visão mais humanística e integral do sujeito “usuário-cidadão”. Dagmar ressaltou que a equipe de saúde da família da comunidade é uma referência na cidade de João Pessoa. Ela relatou que partindo do apoio dos outros atores comprometidos com a educação popular, a comunidade conseguiu grandes conquistas como: o centro comunitário, uma creche municipal, o centro de referência para inclusão social e produtiva, e por fim conseguiram encaminhar o início da urbanização da comunidade. Destacou ainda que, através de um dos projetos de extensão popular (“Projeto Vidas Paralelas”), pôde aprender novas realidades comunitárias e de outras profissões. Com essa troca de experiências ela percebeu que na nossa sociedade “existem tabus” que instigam a exclusão social entre pessoas que convivem no mesmo espaço social. Disse ainda que, “a troca de saberes” e seus conhecimentos em saúde foram renovados e reforçados. Abelardo (codinome), mais conhecido como “abelha” em sua comunidade, é apicultor e reside no município de Itaporanga – PB. Ele falou sobre suas experiências concretas com a extensão em educação popular. Relatou que a educação popular lhe proporcionou a melhora de seus conhecimentos, pois o incentivou a voltar para escola após 16 anos. Aprendeu que “[...] saúde não se faz em hospitais, mas sim na prevenção primária, na comunidade, e, para que esta tenha saúde, é necessária à promoção de empregos mantendo os jovens longe das drogas e do álcool”. Eventos como

encontros estaduais e nacionais que envolveram a educação popular, e que teve a oportunidade de participar, o ajudaram a ministrar cursos de capacitação e inclusive a experiência que adquiriu em diversos lugares do nosso país. Hoje “abelha” possui uma cartilha de apicultura concluída e um livro iniciado que conta um pouco da sua história. Pedro (codinome) estudante de enfermagem da UFPB deparou-se com a educação popular por acaso. A partir daí, começou a apropriar-se dela como ferramenta para melhoria de alguns problemas observados nos serviços públicos de saúde e em outros espaços. Para ele, na condição de estudante participante em um desses projetos que utilizam da metodologia da educação popular é muito importante, já que ele acha que este espaço da formação “[...] é o que proporciona as experiências mais próximas com sua futura realidade profissional, e [...] essas experiências o possibilitará a ser um profissional diferenciado e melhor”. Destacou ainda que, nestes espaços, ele “[...] podese mais autônomo e desinibido, sem precisar se preocupar com professores autoritários, muito comuns no ambiente universitário”. Maria (codinome), estudante de Fisioterapia da UFPB relatou sua experiência na educação popular como “[...] uma forma de conhecimento e aprendizado”. Disse que “[...] inicialmente ao entrar no projeto de extensão popular, não compreendia de fato sua metodologia, [...] foi com o passar do tempo e das experiências adquiridas na comunidade, com os professores deste meio, que conseguiu enxergar essa forma tão rica de aprendizado, [...] que utiliza o saber da comunidade e incentiva o diálogo”. Percebeu que a educação popular fortalece a participação social em diversos espaços e contribui para o enriquecimento de sua formação acadêmica. Prof. Paulo (codinome) relata sua experiência como educador e na coordenação de um projeto que tem como fio condutor a Educação Popular. Destaca a importância dialógica do processo e a construção participativa dos eventos ali desenvolvidos. “[...] o protagonismo estudantil é visível na iniciativa dos estudantes em assumirem as ações discutidas e pactuadas com os trabalhadores, organizando a divulgação, o espaço onde serão desenvolvidas as atividades e a assunção do convite dos atores que são chamados a contribuir nos debates [...] assim como o acompanhamento tutorial aos trabalhadores permite uma rica troca de saberes.” A participação ativa dos trabalhadores propondo temas e construindo oficinas apresentando suas experiências de trabalho e pessoais, revela a riqueza de saberes não acadêmicos na construção de novos saberes. Enquanto *metodologia ativa* a educação popular amplia a visão do ser integral que precisa ser considerado no cuidado em saúde, permitindo respeito, afeto e amorosidade entre todos envolvidos. “[...] a problematização das situações ali tratadas, trás a reflexão coletiva para a resolução ou pista para o enfrentamento destas.” Assim sendo, consideramos que a extensão orientada pela concepção da educação popular reorienta caminhos onde todos os atores envolvidos se beneficiam e coletivamente elaboram, constroem e executam as ações a partir de uma realidade concreta existente, construindo alternativas dialógicas para construção de novos saberes.

Interação comunidade e universidade: reflexões sobre a prática docente em uma universidade privada de Salvador

Flávia Conde Cabral e Dias

Clarissa Campos

O Programa de Integração Saúde Comunidade (PISCO) é um componente curricular da matriz dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia, de uma universidade de Salvador, desenvolvido em unidades de saúde e nas comunidades do município. A etapa II deste programa (PISCO II) propõe o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e educação em saúde com objetivo de reconhecer a saúde como processo biológico, sócio-político e cultural. O presente relato é referente a prática do PISCO II desenvolvida no primeiro semestre de 2012, em uma comunidade do subúrbio ferroviário de Salvador, visando, por meio da Educação Popular em Saúde, discutir a razão de ser de alguns saberes e sua relação com o ensino dos conteúdos, o que irá favorecer a integração dos alunos com a comunidade. As atividades foram desenvolvidas em dois momentos, primeiramente com momentos em sala de aula com rodas de construção do saber sobre promoção de saúde, controle social e educação popular em saúde envolvendo os discentes e docentes, aplicando-se uma abordagem pedagógica problematizadora e reflexiva. Num segundo momento, já no campo, favoreceu-se o diálogo entre os discentes e os atores da comunidade buscando a construção do saber baseada na pedagogia da libertação. O planejamento das ações desenvolvidas foi construído a partir da demanda trazida pela comunidade favorecendo ao discente a vivência de princípios propostos por Freire como o saber ouvir, desmontar a visão mágica, aprender valorizando o saber do outro sem contudo favorecer o basismo nem o elitismo e assumindo a ingenuidade do outro. Desta forma, pactuou-se com o outro, discentes, educadores e comunidade, as atividades a serem desenvolvidas. Dividiu-se o grupo de alunos em dois para aproveitar melhor a interação com a comunidade e permitir construção de saberes diversos. Um grupo desenvolveu atividade de valorização da cultura local por meio de resgate de saberes populares e outro grupo, o incentivo a auto-estima de mães e pais de crianças de uma escola comunitária do bairro. Cada encontro era realizado favorecendo a troca de saberes de forma dialogada e após as atividades, as docentes buscavam despertar a criticidade nos discentes, discutindo a relação desses saberes com o ensino dos conteúdos curriculares. Nos momentos de discussão pode-se perceber a resistência dos discentes tanto em partilhar o poder do conhecimento com o outro, como a dificuldade de contextualizar a importância de vivenciar práticas que fogem do modelo hegemônico. Ao final do semestre, foi realizada uma MOSTRA para expor as atividades desenvolvidas na comunidade e os alunos apresentaram as experiências, bem como registraram a reflexão sobre a vivência em campo. Pode-se perceber, no relato dos educandos, uma mudança de olhar sobre a sociedade e a valorização do saber popular como uma forma de despertar para a criticidade, permitindo o início de abandono da alienação.

O Programa de Integração Saúde Comunidade (PISCO) é um componente curricular da matriz dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia, de uma universidade de Salvador, desenvolvido em unidades de saúde e nas comunidades do município. A etapa II deste programa (PISCO II) propõe o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e educação em saúde com objetivo de reconhecer a saúde como processo biológico, sócio-político e cultural. O presente relato é referente a prática do PISCO II desenvolvida no primeiro semestre de 2012, em uma comunidade do subúrbio ferroviário de Salvador, visando, por meio da Educação Popular em Saúde, discutir a razão de ser de alguns saberes e sua relação com o ensino dos conteúdos, o que irá favorecer a integração dos alunos com a comunidade. As atividades foram desenvolvidas em dois momentos, primeiramente com momentos em sala de aula com rodas de construção do saber sobre promoção de saúde, controle social e educação popular em saúde envolvendo os discentes e docentes, aplicando-se uma abordagem pedagógica problematizadora e reflexiva. Num segundo momento, já no campo, favoreceu-se o diálogo entre os discentes e os atores da comunidade buscando a construção do saber baseada na pedagogia da libertação. O planejamento das ações desenvolvidas foi construído a partir da demanda trazida pela comunidade favorecendo ao discente a vivência de princípios propostos por Freire como o saber ouvir, desmontar a visão mágica, aprender valorizando o saber do outro sem contudo favorecer o basismo nem o elitismo e assumindo a ingenuidade do outro. Desta forma, pactuou-se com o outro, discentes, educadores e comunidade, as atividades a serem desenvolvidas. Dividiu-se o grupo de alunos em dois para aproveitar melhor a interação com a comunidade e permitir construção de saberes diversos. Um grupo desenvolveu atividade de valorização da cultura local por meio de resgate de saberes populares e outro grupo, o incentivo a auto-estima de mães e pais de crianças de uma escola comunitária do bairro. Cada encontro era realizado favorecendo a troca de saberes de forma dialogada e após as atividades, as docentes buscavam despertar a criticidade nos discentes, discutindo a relação desses saberes com o ensino dos conteúdos curriculares. Nos momentos de discussão pode-se perceber a resistência dos discentes tanto em partilhar o poder do conhecimento com o outro, como a dificuldade de contextualizar a importância de vivenciar práticas que fogem do modelo hegemônico. Ao final do semestre, foi realizada uma MOSTRA para expor as atividades desenvolvidas na comunidade e os alunos apresentaram as experiências, bem como registraram a reflexão sobre a vivência em campo. Pode-se perceber, no relato dos educandos, uma mudança de olhar sobre a sociedade e a valorização do saber popular como uma forma de despertar para a criticidade, permitindo o início de abandono da alienação. REFERENCIAS: VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 15(Sup.12) , p. 7-14, 1999. VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. Interface Comunic, Saúde, Educ, São Paulo, v 8 p.1-6, 2001. FREIRE, Paulo. Pacientes Impacientes. Caderno de Educação popular e Saúde. Ministério da saúde, p 32-45, 2007. FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra 1996.

Educação em Saúde e Enfermagem: vivência de acadêmicos em uma escola municipal do Rio de Janeiro

Flavia Ramos Fernandes Guimarães

Denise Salazar de Oliveira

Gláucia Lemgruber Schuabb

Marcia Luna do Nascimento

Leandro Lourenço da Silva

Introdução: A educação em saúde se define como um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção doenças e promoção da saúde, sendo o recurso lúdico, um meio pelo qual esta prática se torna mais dinâmica. Objetivo: Apresentar a experiência de educação em saúde vivenciada por acadêmicos de enfermagem do 8º período da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Metodologia: Relato de experiência, desenvolvido por acadêmicas do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem sobre a realização de atividades educativas com alunos do quarto ano do ensino fundamental em uma escola municipal do RJ. A atividade foi desenvolvida a partir de requisitos necessários para a avaliação do ensino-aprendizagem da disciplina de Estágio Curricular de Enfermagem na Atenção em Psiquiatria no mês de maio do ano de 2012. Envolveu as seguintes etapas: levantamento de dúvidas dos alunos; divisão dos questionamentos em categorias: corpo humano, sexualidade e doenças, as quais seriam desenvolvidas nos próximos encontros; elaboração de estratégias que atendessem aos principais questionamentos abordados pelos alunos da escola; realização de dinâmica utilizando painel de papel pardo, apenas com o contorno do corpo humano e órgãos feitos em cartolina e discussão após o termino das apresentações. Resultados/discussão: Ao término da dinâmica desenvolvida por cada mini-grupo, estes se reuniram com a docente a fim de levantar as principais facilidades e dificuldades encontradas na realização da atividade proposta. Dessa forma, observou-se que o primeiro mini-grupo obteve maior dificuldade na realização da dinâmica, visto que não obtiveram nenhuma orientação prévia ao desenvolvimento da atividade, além de não terem realizado um esboço mental que pudesse conduzir da melhor forma a tarefa proposta. A ausência de planejamento tornou-se um empecilho na condução do trabalho, que não foi desempenhado de forma clara e coerente, desviando o foco da temática e englobando as três categorias que seriam abordadas em outro momento, mas por questionamento dos alunos o grupo teve que se adequar para esclarecer as dúvidas apresentadas. Como ponto facilitador pôde-se perceber que a utilização de material lúdico, proporcionou um melhor entendimento dos alunos quanto à localização dos órgãos e suas funções e que o segundo mini-grupo além de utilizar a mesma metodologia, também teve uma experiência prévia através da observação da apresentação do mini-grupo anterior o que lhes foi possível adquirir resultados mais concisos na dinâmica. Considerações finais: A partir da dinâmica pode-se perceber como uma mesma atividade pode ser realizada por pessoas distintas, ou seja, cada indivíduo tem a capacidade de abordar

uma temática diferentemente do outro e isso se torna muito produtivo quando se trata de educação em saúde, no qual busca ter-se feito compreendido pelo público alvo. Entende-se que antes de estabelecer uma ação é necessário um planejamento para que se permita guiar os objetivos almejados em qualquer cenário de atuação tanto do enfermeiro quanto da equipe multiprofissional da área da saúde.

INTRODUÇÃO: O presente estudo é embasado na experiência adquirida por acadêmicas de enfermagem do 8º período da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, na disciplina Estágio Curricular de Enfermagem na Atenção em Psiquiatria em uma escola municipal localizada no Rio de Janeiro (RJ). No decorrer da disciplina, foi proposto aos acadêmicos tanto a realização de atividades assistenciais em uma policlínica situada no município do RJ quanto à realização de atividades educativas em saúde com auxílio de recursos lúdicos a serem desenvolvidas em uma Escola Municipal com alunos do ensino Fundamental, na qual a temática estabelecida pautou-se no “corpo humano e suas funções”. Em consonância com o exposto, entende-se que “educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde” (COSTA & LÓPEZ, 1996). O objetivo desta prática é de transformar saberes existentes. “A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde” (ALVES, 2005). Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias. A estratégia utilizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacitando os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde. A educação popular é o saber que orienta nos difíceis caminhos, a ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos. No campo da saúde, a educação popular tem sido utilizada como uma estratégia de superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico. Atuando a partir de problemas de saúde específicos ou de questões ligadas ao funcionamento global dos serviços, busca entender, sistematizar e difundir a lógica, o conhecimento e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos, de forma a superar as incompreensões e mal-entendidos ou tornar conscientes e explícitos os conflitos de interesse. A Educação Popular na Saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos. Nesse sentido, o presente estudo apresenta uma prática pedagógica em saúde desenvolvida com o auxílio de um recurso lúdico orientado para a prevenção de doenças e promoção da saúde, permitindo ao grupo participante tornar-se ator de transformação de sua realidade, através da temática assinalada na dinâmica. A atividade lúdica pode ser definida como um recurso metodológico

capaz de propiciar uma aprendizagem espontânea e natural, estimulando a criatividade, a socialização e o pensamento crítico. (SALOMÃO; MARTINI; MARTINEZ, 2007) Sendo, portanto, um meio pelo qual a educação em saúde se torna mais dinâmica e compreensível. OBJETIVO: Apresentar a experiência de educação em saúde vivenciada por acadêmicos de enfermagem do 8º período em uma escola municipal localizada no município do Estado do Rio de Janeiro. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência, realizado por acadêmicos do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem sobre a realização de atividades educativas em uma escola municipal do RJ com alunos do quarto ano do ensino Fundamental. A atividade foi desenvolvida a partir de requisitos necessários para a avaliação do ensino-aprendizagem da disciplina de Estágio Curricular de Enfermagem na Atenção em Psiquiatria no mês de maio do ano de 2012. A priori os discentes da disciplina foram divididos em três grupos, nos quais cada grupo teria a responsabilidade de desenvolver atividades de educação em saúde durante o período de aproximadamente um mês. No primeiro contato, foram levantados pelos alunos alguns questionamentos. Estes, então, foram divididos em três categorias: corpo humano, sexualidade e doenças, as quais seriam desenvolvidas nos próximos encontros. A atividade aqui descrita foi desenvolvida pelos acadêmicos do segundo grupo de estágio, que possuíam como tarefa elaborar estratégias que atendessem aos principais questionamentos referentes ao funcionamento do corpo humano. A fim de atendermos aos objetivos da dinâmica foi utilizada como didática um painel de papel pardo, apenas com o contorno do corpo humano e órgãos feitos em cartolina para que os alunos identificassem os mesmos, suas funções e a sua devida localização, para assim dar prosseguimento às atividades de educação em saúde. Posteriormente, tanto os acadêmicos quanto os alunos da escola foram divididos em dois mini-grupos para tornar mais dinâmico o processo de ensino-aprendizagem. Após cada apresentação houve uma discussão sobre as dificuldades e facilidades apresentadas por cada mini-grupo e ao final foi possível fazer uma comparação entre os mesmos. RESULTADOS/DISCUSSÃO: O grupo de estágio iniciou a atividade apresentando-se para os alunos e a partir daí foi realizada uma discussão com os mesmos sobre o corpo humano, desde os órgãos e suas funções, até as suas relações biopsicosociais. A partir do vínculo estabelecido entre os acadêmicos e os alunos, observou-se que a metodologia escolhida facilitou o processo de educação em saúde, de modo que os acadêmicos obtiveram um retorno dos mesmos, percebido através do interesse na participação da dinâmica e a curiosidade pela temática. Ao término da atividade desenvolvida por cada mini-grupo, estes se reuniram com a docente a fim de levantar as principais facilidades e dificuldades encontradas na realização da atividade proposta. Dessa forma, observou-se que o primeiro mini-grupo obteve maior dificuldade na realização da dinâmica, visto que não obtiveram nenhuma orientação prévia ao desenvolvimento da atividade, além de não terem realizado um esboço mental que pudesse conduzir da melhor forma a tarefa proposta. É fundamental ressaltar a importância de se estabelecer um esboço mental para que se possam alcançar os objetivos propostos, que na dinâmica apresentada visava à abordagem sobre o funcionamento do corpo humano. Assim, identificou-se que a ausência de planejamento tornou-se um empecilho na condução do trabalho, que não foi desempenhado de forma

clara e coerente, desviando o foco da temática e englobando as três categorias que seriam abordadas em outro momento, mas por questionamento dos alunos o grupo teve que se adequar para esclarecer as dúvidas apresentadas. Como ponto facilitador pôde-se perceber que a utilização de material lúdico, proporcionou um melhor entendimento dos alunos quanto à localização dos órgãos e suas funções e que o segundo mini-grupo além de utilizar a mesma metodologia, também teve uma experiência prévia através da observação da apresentação do mini-grupo anterior o que lhes foi possível adquirir resultados mais concisos na dinâmica. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A didática proposta pela docente tornou-se relevante, pois quando os acadêmicos estavam como observadores da dinâmica do outro mini-grupo, pode-se perceber como uma mesma atividade pode ser realizada por pessoas distintas. Ou seja, cada indivíduo tem a capacidade de abordar uma temática diferentemente do outro e isso se torna muito produtivo quando se trata de educação em saúde/ promoção da saúde, no qual busca ter-se feito compreendido pelo público alvo. Entende-se que antes de estabelecer uma ação é necessário um planejamento, um esboço mental para que se permita guiar os objetivos almejados em qualquer cenário de atuação tanto do enfermeiro quanto da equipe multiprofissional da área da saúde. Desse modo, percebe-se que essa atividade serviu como experiência de troca de saberes tanto para os acadêmicos como para os alunos da escola, que demonstraram interesse e satisfação com a atividade, pois foi abordada de forma divertida e dinâmica desviando-se do padrão de educação em saúde tradicional. REFERÊNCIAS: ALVES, V.S. Um **modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interf.-Comun. Saúde, Educ. 2005; 9(16):39-52. COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Madrid: Pirâmide, 1996. p.25-58. JACOBINA, R. J. **Educação Em Saúde E Suas Versões Na História Brasileira**. Revista Baiana de Saúde Pública. 2009. SALOMÃO, H.A.S.; MARTINI, M.; MARTINEZ, A.P. **A importância do lúdico na educação infantil: enfocando a brincadeira e as situações de ensino não direcionado**. O portal dos psicólogos. 2007. VASCONCELOS, E.M. **ESPIRITUALIDADE NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE**. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília/DF. 2007.

PEPASF: integração e interdisciplinaridade como ação pedagógica na Comunidade Maria de Nazaré

Francisca Vilela Silva

Kamilla Maria Sousa de Castro

Victor Augusto Hernandes de Alexandria

A Interdisciplinaridade no cotidiano é um processo de constante aprendizado, cujas atividades se dá por meio da integração de saberes e conhecimento. O Projeto de Extensão “Educação Popular e Atenção à Saúde da Família” (PEPASF) tem como proposta a atenção e o apoio às famílias da Comunidade Maria de Nazaré, levando a um processo de comprometimento, troca de saberes e apoio as iniciativas mantidas pela comunidade, norteadas por acolhimento, diálogo, escuta, amorosidade, construção de vínculos, elementos próprios da Educação Popular.

A Interdisciplinaridade no cotidiano profissional ou mesmo no processo de formação é um processo de constante aprendizado, cujas atividades se dá por meio da integração de saberes e conhecimento de diversos seguimentos. O Projeto de Extensão “Educação Popular e Atenção à Saúde da Família” (PEPASF) tem como proposta a atenção e o apoio à famílias da Comunidade Maria de Nazaré, integrando estudantes de diversas áreas de conhecimento. São desenvolvidas atividades juntamente a lideranças e movimentos sociais organizados, com a construção de vínculos entre os moradores e os participantes (estudantes e professores), levando a um processo de comprometimento, responsabilidade e cumplicidade destes com o projeto e com as necessidades que a comunidade e as famílias apresentam, norteados por ações de *acolhimento, diálogo, escuta, amorosidade, construção de vínculos interpessoais e coletivos*. Através do diálogo e interdisciplinaridade entre os participantes, adquire-se um entendimento mais profundo do processo saúde-doença e do cotidiano dos moradores, sendo fundamental para uma assistência diferenciada na formação de profissionais com perfil crítico, reflexivo e humanizado. Assim, o PEPASF há 14 anos vem desenvolvendo ações juntamente á comunidade na perspectiva da educação popular, com base na integração, interdisciplinaridade, transmissão de conhecimento, troca de saberes e apoio as iniciativas mantidas pela comunidade. REFERÊNCIAS: VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. **Interdisciplinaridade e saúde**: estudo bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.11, n.4, p.525-531. 2003. SILVA, A. P. F.; MELO, L. S.; VASCONCELOS, E. M. EDUCAÇÃO POPULAR E ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil, 2008. MELO NETO, José Francisco. **Extensão popular**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB. 2006

Projeto de Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador: apresentando uma experiência e inserindo novos atores da formação

Fabrcia de Souza Ferreira

Francisco Sandro Aureliano

Kelly de Araújo Soares

Elisama Araújo de Sena

Natália Fontana

Dailton Alencar Lucas de Lacerda

O Projeto de Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador (PEPAST) teve início em 2006, através das inquietações de Dailton Alencar Lucas de Lacerda, professor de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e atual coordenador do projeto. O PEPAST foi originado de uma experiência anterior de extensão universitária realizada com alunos do curso de fisioterapia que ocorria no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), o LER/Dort surgido em 1998. As primeiras atuações foram realizadas apenas por alunos do curso de Fisioterapia, mas com o passar do tempo foram surgindo necessidades de adotar novas estratégias metodológicas, depois de muitas reflexões surgiu a ideia de criar um projeto voltado para a educação popular em saúde focando a saúde do trabalhador, o atual PEPAST. Atualmente o PEPAST trabalha com uma metodologia interdisciplinar, interinstitucional e multiprofissional, realizando suas ações na Comunidade Maria de Nazaré, localizado no bairro Funcionários III em João Pessoa – PB, tendo como cenário de prática a atenção primária atuando em parceria com a Unidade de Saúde da Família dessa comunidade. A essência deste trabalho consiste em relatar algumas experiências vividas pelos novos integrantes extensionistas, a partir do companheirismo com os antigos. A prática do projeto se dá por meio de reuniões teóricas, realizadas semanalmente, essas reuniões são realizadas através das discussões de textos que tratam de temas relacionados à educação popular em saúde, direitos do trabalhador, saúde do trabalhador entre outros. Já as ações desenvolvidas na Comunidade, são realizadas quinzenalmente, tendo como foco nortear as principais atividades laborais, o tipo e número de trabalhadores, da área abrangida pela Unidade de Saúde da Família (USF) Maria de Nazaré, para tal contamos com a ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde e a partir dessas informações formará um grupo operativo de debates horizontais, sobre diversos assuntos propostos pelos próprios trabalhadores integrantes, auxiliando na construção de respostas. A execução prática do projeto não apresenta muitas dificuldades, uma vez que os trabalhadores da Comunidade têm uma grande organização e participação em suas lutas e interesse em ampliar os seus conhecimentos sobre os seus direitos e a efetivação destes, sendo uma forma de motivação ao extensionista em seu trabalho. A inserção de novos integrantes no projeto iniciou-se no primeiro semestre do ano 2012, nesse primeiro contato os novos extensionistas

tiveram a oportunidade de conhecer a Comunidade, sendo o choque de realidades uma forma de seleção natural das pessoas que realmente se engajariam e executariam as atividades da melhor forma possível, tendo uma visão fora da realidade de muitos, e quebrando vários preceitos. Os novos integrantes relatam que através das reuniões teóricas puderam aprofundar, fundamentar e entender melhor o trabalho do projeto na comunidade, sendo de extrema importância para interação sobre o que será e o que está sendo realizado na comunidade, garantindo a eficiência das atividades do projeto no alcance das suas metas e objetivos na educação popular voltada para a saúde do trabalhador.

O Projeto de Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador (PEPAST) teve início em 2006, como atividade de extensão do Departamento de Fisioterapia (DFT), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Tinha como proposta desenvolver ações no *campo da saúde do trabalhador* ancoradas nas concepções da *educação popular*. Surgiu a partir de outra experiência que atendia a trabalhadores usuários do Programa de Saúde do Trabalhador (PROSAT) no Hospital Universitário Lauro Wanderley, particularmente os agravados de Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT). Atendendo a uma solicitação deste serviço, o DFT, através da disciplina de Fisioterapia em Traumo-Ortopedia, passou a atender a essa demanda com o Projeto Fisioterapia nas LER/DORT (PROFIT-LER/DORT). Com foco na assistência fisioterapêutica ambulatorial especializada, o atendimento era exclusivamente feito por estudantes da referida disciplina sob a orientação e supervisão de professores da mesma. Após uma mudança de gestão do projeto, assume a coordenação do mesmo um docente identificado com a *educação popular e saúde*. Assim sendo, após muita reflexão do grupo surgiu a idéia de adotar-se uma nova proposta para de ação, tendo a educação popular e saúde como fio condutor do processo. Nessa proposta, diversas modificações foram introduzidas: adota a *educação popular e saúde* como fio condutor do processo, incorporando seus principais elementos (*dialogicidade* no processo, *troca de saberes e experiências* entre todos os envolvidos nas atividades, *acolhimento* humanizado e amoroso aos usuários, dentre outros); a atividade deixa de ser monodisciplinar e passa a ser interdisciplinar, interinstitucional e intersertorial, aceitando estudantes de qualquer período, de outros cursos e áreas e de outras instituições e, se articula com outros setores extra-institucionais como os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador (CERESTs), as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CISTs) e Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC); assim como, passa a desenvolver ações na atenção primária de saúde (APS), tendo como cenário a Comunidade Maria de Nazaré e sua Unidade de Saúde da Família (USF). Lá, a vivência com a equipe de saúde do serviço no território, permite compreender a APS em toda sua dimensão, os papéis dos trabalhadores de saúde neste espaço e a integralidade no cuidado a partir do diagnóstico e da identificação de processos produtivos e o *nexo causal epidemiológico e ambiental* com o processo saúde-doença-trabalho. A metodologia do projeto é construída coletivamente de forma participativa onde, alternadamente, em reuniões organizativas, teóricas e avaliativas realizadas semanalmente, ocorrem planejamentos, encontros para aprofundamento teórico que tratam de temas

relacionados à educação popular em saúde, direitos do trabalhador, saúde do trabalhador e avaliações das ações, dentre outros. As ações desenvolvidas na Comunidade são realizadas quinzenalmente, tendo como foco traçar um perfil em saúde do trabalhador, considerando os dados *ficha A* relacionados a faixa etária, ocupação e doenças de seus membros. Esse trabalho é orientado e acompanhado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em suas respectivas micro-áreas. Os dados levantados subsidiam a criação de um *fórum* realizado com um grupo operativo em ST, onde debates temáticos em *rodas de conversas* horizontais abordam diversos assuntos propostos pelos próprios trabalhadores, auxiliando na elaboração de resoluções e subsidiam na construção de um pensamento crítico acerca da realidade em que vivem e sobre as condições de trabalho existentes. Esse grupo voltado para os trabalhadores pretende orientar não apenas aqueles acometidos com algum agravo ou doença oriunda do trabalho, mas àqueles que necessitam de informações em ST no geral. A execução prática do projeto na APS ainda é um desafio, apesar do esforço da equipe de saúde, da contribuição da universidade através das ações extensionistas e dos trabalhadores da comunidade terem uma grande organização e participação em suas lutas e interesse em ampliar os seus conhecimentos sobre os seus direitos e efetivação destes. A proposta deste trabalho consiste em relatar algumas experiências vividas pelos novos extensionistas no seu processo de inserção no projeto apoiados e orientados pelos veteranos. Atualmente, a entrada de novos integrantes teve início no primeiro semestre deste ano, após um processo seletivo onde estes foram apresentados ao projeto. Durante esse processo, tiveram a oportunidade de conhecer história, os objetivos e eixos da de atuação da proposta. Puderam observar os cenários de práticas e todos os atores do processo: comunidade, trabalhadores/usuários, equipe de saúde estudantes, professores, projetos parceiros. A própria importância da vivência fora dos muros da universidade, articulando a teoria, tão estudada e revisada nas salas de aula com a realidade da prática, foi atrativa e motivadora. Também puderam participar das várias reuniões realizadas no projeto, tendo a oportunidade de construir novos conhecimento sobre assuntos diversos como *SUS, saúde do trabalhador, atenção integral em saúde, APS, participação popular e controle social, interdisciplinaridade na formação em saúde*, dentre outros. Os novos integrantes relataram que, através das reuniões teóricas puderam aprofundar, fundamentar e entender melhor o trabalho do projeto, principalmente na APS, onde a comunidade apresenta um cenário rico de aprendizagem com várias possibilidades. Essa oportunidade, pouco oferecida pelo ensino hegemônico vigente na universidade, de orientação *hospitalocêntrica, flexneriano*, focado na *concepção biomédica* do cuidado, onde a *especialidade* fragmenta a *integralidade* da atenção no cuidado. Esta vivência é de extrema importância para os novos integrantes onde a *educação popular e saúde* é uma ferramenta estratégica para desconstrução dessa visão equivocada anteriormente destacada e para reorientação do cuidado integral no campo da saúde do trabalhador orientada pelos princípios do SUS dentro da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), em fase de consolidação final no país. Muitos dos estudantes novatos estão experimentando pela primeira vez esse “outro jeito de cuidar do outro” onde a pedagogia da educação popular é o *filio condutor* do processo e estão compreendendo a importância dessa outra possibilidade em suas vidas acadêmicas. É fato que os novatos, cada um no seu

próprio ritmo, levam um tempo para compreender tamanha complexidade. Porém tudo é questão envolvimento, de “estar aberto ao mundo” e de quebrar barreiras construídas pela educação universitária tradicional, “*bancária*”, verticalizada onde os conhecimentos “depositados” pelos docentes são “absorvidos” pelos discentes de forma acrítica. O projeto utiliza conceitos e metodologias ativas, participativas, desenvolvidas e sistematizadas por Paulo Freire e adaptadas ao setor saúde. Os novatos relatam em suas observações que o PEPAST, tem estimulado nas suas participações a construção de novas estratégias de enfrentamento e superação de problemas. Cabe destacar o papel dos estudantes antigos do projeto na orientação e construção do vínculo entre os trabalhadores, equipe de saúde e comunidade com os novatos. Esta interação também tem permitido uma troca de saberes e a facilitação de ações coletivas em busca do objetivo central que é a promoção da atenção à saúde do trabalhador. Nesta perspectiva instiga os trabalhadores, enquanto protagonistas do processo, na construção de novos saberes, que os possibilitam lutar pelos seus direitos. Conclui-se que esta experiência extensionista, que articula diversos cenários e atores, no campo da saúde do trabalhador, orientados pela educação popular e saúde e ajustados aos princípios do SUS e considerando a PNST, consiga superar as limitações nesse campo avançando na sua conquista e consolidação. A inserção de estudantes na extensão universitária de caráter popular é uma experiência ímpar aos que vivenciam e permite, aos mesmos, uma formação humanizada, com uma visão ampliada, protagônica e autônoma, considerando a diversidade das demandas nesse espaço. Ainda persiste o equívoco, que a extensão popular em saúde, só atende as necessidades da sua área correspondente. Ledo engano, já que a experiência tem mostrado que os estudantes que se formam nesse cenário, aprendem a ser protagonistas de grandes construções, aprendem a ter autonomia, a respeitar a diversidade da personalidade humana, aprende a trabalhar em equipe e a ter uma visão crítica e diferenciada, fundamental para qualquer área de atuação do profissional. REFERÊNCIAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). MELO NETO, José Francisco de. Extensão popular. 1ª ed. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2006. v.1. 97 p. PADILHA, W. W. N. (Org.). Relatos e vivências de educação popular. João Pessoa: Idéia; 2007. 134p. 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. 420p.

Pontos de cultura e saúde na prevenção de doenças e na elevação da qualidade de vida

Gabriela Fabian Nespolo

O Ponto de Cultura e Saúde Geração Livre, entre os anos de 2009-2011, com sede no Centro Social Nova Geração foi um projeto que fez a interface entre cultura e saúde: a cultura proporcionando espaços de diálogo e prevenções de doenças. O Ponto de Cultura e Saúde foi ao encontro de alternativas que pudessem alterar uma realidade marcada por baixa qualificação, dificuldade de acesso e permanência no mercado de trabalho formal, violência, que afeta, em grande parte, as mulheres em idade produtiva. Tal situação acarreta sofrimento psíquico e uso expressivo de antidepressivos como terapia “única” para minimizar essa “epidemia de transtornos depressivos”. Cabe ressaltar, que o impacto social da depressão inclui tanto a incapacidade individual, como o fardo familiar e diminuição da qualidade de vida. O ponto de cultura, também, propiciou espaço de convivência saudável para os jovens que em sua maioria apresentam baixa escolaridade, pouca qualificação profissional e encontram-se sob o risco do tráfico de drogas, marginalidade, violência, mortalidade precoce e vida sexual sem proteção, levando ao aumento de novos casos de Doenças Sexualmente transmissíveis/adolescentes/jovens.

O bairro Sarandí, em Porto Alegre, é um local onde notícias de violência fazem parte do cotidiano da vida dos moradores. Nesse bairro existem duas vilas, Nossa Senhora Aparecida e Chimarrão, que foram frutos da ocupação da comunidade. Atualmente nelas residem cerca de 3.000 famílias, correspondendo a uma população de, aproximadamente, 5.600 pessoas. A maioria dessa população vive em situação de vulnerabilidade social e habita áreas sem regularização fundiária e com precária oferta de serviços e espaços públicos: inexistência de praças, ausência de escola de ensino fundamental e/ou médio, sede para a associação de moradores e equipamento público para a prática esportiva. As crianças e jovens da comunidade são atendidos nas escolas dos bairros vizinhos. Há ausência de equipamentos públicos de integração, lazer, que constituem espaços para construção coletiva de idéias, opiniões buscando uma nova perspectiva de vida. Mas esse quadro não surgiu do dia para noite, ele é fruto da falta de estratégias na tentativa de minimizar a violência que ocorre no bairro. O Ponto de Cultura e Saúde Geração Livre, entre os anos de 2009-2011, com sede no Centro Social Nova Geração foi um projeto que fez a interface entre cultura e saúde: a cultura proporcionando espaços de diálogo e prevenções de doenças. O Ponto de Cultura e Saúde foi ao encontro de alternativas que pudessem alterar uma realidade marcada por baixa qualificação, dificuldade de acesso e permanência no mercado de trabalho formal, violência, que afeta, em grande parte, as mulheres em idade produtiva. Tal situação acarreta sofrimento psíquico e uso expressivo de antidepressivos como terapia “única” para minimizar essa “epidemia de transtornos depressivos”. Cabe ressaltar, que o impacto social da depressão inclui tanto a incapacidade individual, como o fardo

familiar e diminuição da qualidade de vida. O ponto de cultura, também, propiciou espaço de convivência saudável para os jovens que em sua maioria apresentam baixa escolaridade, pouca qualificação profissional e encontram-se sob o risco do tráfico de drogas, marginalidade, violência, mortalidade precoce e vida sexual sem proteção, levando ao aumento de novos casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Eram realizadas oficinas de dança teatro, capoeira, artes visuais e software livre, canto, percussão com sucatas e dança de salão. Os participantes das oficinas eram moradores da comunidade, na sua grande maioria mulheres com quadros de depressão e adolescentes/jovens. As manifestações artísticas são atividades indispensáveis para o processo de socialização do sujeito e isso não envolve somente a produção de objetos, sons ou performances, mas as diferentes formas pelas quais nos relacionamos com essa produção. É continua a busca de autonomia e empoderamento pela comunidade, de seus próprios processos de desenvolvimento, sejam eles econômicos sociais e culturais. Nesse sentido, cabe parafrasear Antonio Carlos Jobim: *“Eis aqui este sambinha feito numa nota só. Outras notas vão entrar, mas a base é uma só”*. A base pode ser entendida como o sujeito e sua saúde. E, para criar a harmonia entre sujeito e saúde, acrescentaremos outras “notas”: canto, percussão com sucatas, dança teatro, capoeira, artes visuais, software livre e dança de salão. Através dessa ação que integra cultura, saúde, lazer e geração de renda, foram viabilizadas construções de identidades co-responsáveis com a proposta do projeto, que já contou com a participação de 120 moradores, permitindo a formação de agentes multiplicadores de conhecimento e garantindo a sustentabilidade do processo através do protagonismo e autonomia dos participantes. O ponto de cultura e saúde Geração Livre foi reconhecido como um local de referência da produção cultural da comunidade, o que potencializa e difunde os processos criativos. Constituiu-se como um espaço de atuação coletiva na promoção da saúde, possibilitando que a comunidade tivesse acesso à tecnologia da informação, proporcionando visibilidade às manifestações culturais desenvolvidas na perspectiva de valorização dos atores envolvidos. Houve também troca de experiência entre gerações e resgate da memória e valores da comunidade, construção da autonomia, afirmação da cidadania e incentivo à participação popular. Em conjunto com a Unidade de Saúde da Vila Nossa Senhora Aparecida, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição, viabilizou-se a transversalização da idéia de que tratar da saúde não é só uma questão de remédio e atos técnicos-assistenciais. Mas sim o cuidado de cada um na sua vida pessoal e nas relações com as outras pessoas. A saúde vista do ponto de vista da prevenção possibilita a diminuição da incidência de agravos, maior participação dos profissionais de saúde nesse setor e aumento da qualidade de vida. Bem como, diminuição de gastos públicos em hospitais. Pontos de Cultura e Saúde são uma revolução no campo do bem-estar físico, psíquico e social, proporcionando novas perspectivas de vida.

Práticas populares de quilombolas no ERJ: valorização da cultura e acesso a saúde

Graciela E Pagaro

Andréa Márcia de Oliveira Gomes

Helena Pagliaro Cooper

Pesquisa desenvolvida dentro da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro que visa conhecer e descrever as práticas populares de saúde dos quilombolas do estado com o objetivo de dar acesso a saúde a estas comunidades. O trabalho é desenvolvido nos quilombos e conta sempre com a presença da saúde municipal local. Acredita-se que através da valorização da cultura de cada quilombo se está contribuindo para a organização popular local e no acesso à saúde.

A palavra quilombo expressa “acampamento, floresta, guerreiro e habitação”, e também lugar para estar com Deus. Os milhares de escravos que durante quase quatro séculos foram submetidos a uma tragédia sem limites, reconstruíram nos quilombos uma organização territorial africana, cuja função era diluir a violência gerada pela escravidão. O quilombo contemporâneo vincula estas comunidades com a resistência de uma cultura, que reclama seu direito a existir ainda que em condiciones adversas. As práticas tradicionais de saúde vêm sendo mantidas como parte da cultura destes povos e são também motivo de valor e orgulho. Pesquisa recente realizada por convênio firmado entre a Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH e a Fundação Centro de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Estado do Rio de Janeiro – CEPERJ, em 2009 revela que o RJ podia quantificar na ocasião 24 comunidades quilombolas distribuídas em 12 municípios. Sabe-se que este número hoje é maior e que vários grupos vêm se organizando para dar visibilidade a novos quilombos neste Estado. Há urgência de políticas públicas para as populações quilombolas. De modo geral, a infraestrutura das comunidades quilombolas é precária. A insuficiência dos serviços públicos e políticas sociais específicas para essas populações agravam as condições de vida comunitária, desagregando os laços culturais. Em 2004 o Governo Federal lança o Programa Brasil Quilombola, sob coordenação da Secretaria Especial de Promoção e Política da Igualdade Racial (SEPPPIR) que integra um conjunto de ações de vários órgãos federais para fazer valer os direitos das comunidades quilombolas. Melhorar as condições de vida e fortalecer a organização das comunidades remanescentes de quilombos por meio da promoção do acesso aos bens e serviços sociais necessários ao desenvolvimento, considerando os princípios sócio-culturais dessas comunidades, é o compromisso do governo federal. No que tange a Saúde o programa aponta a necessidade do desenvolvimento de programas específicos que garantam o bem-estar físico, psicológico e social, além da indispensável qualidade do sistema de saúde. O então Programa Saúde da Família (PSF) é a orientação geral no cumprimento desta necessidade. A Política Nacional de Gestão Estratégica e Par-

ticipativa no SUS (ParticipaSUS, 2009, 2ed), que tem como um dos seus princípios e diretrizes a promoção da inclusão social de populações específicas (incluindo os quilombolas), visando à equidade no exercício do direito à saúde, aponta o Programa Brasil Quilombola como uma das ações a serem desenvolvidas no âmbito da ParticipaSUS. Três aspectos são considerados aqui: 1) Promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola; 2) Estabelecimento do recorte racial na política da saúde, nos aspectos relacionados à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do SUS; 3) Atenção à saúde das populações quilombolas. Em 12/2011 o MS lançou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta que incluem as comunidades de quilombos e que tem como um dos seus objetivos específicos a garantia do acesso aos serviços da atenção básica à alta complexidade, urgência e emergência, bem como a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta. Ainda no campo das políticas que dizem respeito a este trabalho temos que citar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do MS, 03/05/ 2006, que cita o respeito aos conhecimentos tradicionais em fitoterapia e a recomendação da OMS para pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. E ainda citar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, 2006, onde temos que a OMS reconhece que grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da medicina tradicional para sua atenção primária, considerando que 80% desta população utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas ou preparações destas. Em 2007, o governo federal instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, que reconhece o povos e comunidades tradicionais e estabelece que deva ser criada uma política de saúde voltada aos povos e comunidades tradicionais. No entanto, nem na nossa mais recente edição da Política Nacional de Atenção Básica, de 2011, encontramos referências ao uso ou recomendação das práticas populares ou tradicionais de saúde. Desde 2007 a Secretaria Estadual de Saúde RJ vem participando do **Forum Inter-setorial Voz Aos Povos Quilombolas, Assentados e Acampados Rurais, Indígenas e Pescadores Artesanais**, tendo sido inclusive um dos seus membros fundadores. Através de reuniões mensais ora na capital (Defensoria Pública do Estado) ora nas comunidades, este Fórum tem sido um instrumento de participação de algumas comunidades em situação de vulnerabilidade, no mapeamento e encaminhamento de demandas e necessidades. Questões de saúde que vão desde problemas e dúvidas com a Atenção Básica até especificidades como Doença Falciforme e Tuberculose vêm sendo trabalhadas neste Fórum sempre que demandadas. A partir da participação desta Secretaria no Programa “Territórios da Cidadania” lançado em 2008 pelo Governo Federal constituiu-se o GT do mesmo nome que articulou ações entre as diversas secretarias municipais de saúde das regiões prioritárias deste programa na ocasião no ERJ (Norte e Noroeste). Como produto deste GT cita-se 2 seminários em Campos dos Goytacazes que objetivaram a troca de experiências exitosas em saúde com as populações quilombolas e de assentados e acampados rurais na região Norte. No 2º semestre de 2011 este GT passou a se chamar GT das Populações do Campo e da Floresta em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral das Po-

pulações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) e vem trabalhando com a missão de garantir o acesso à saúde integral a estes povos. Foi dentro do âmbito destes trabalhos que duas áreas técnicas da Atenção Básica da SES, a das Populações em Situação de Vulnerabilidade e a das Práticas Integrativas e Complementares se juntam num projeto que para além de contemplar o sentido das 2 áreas técnicas contribui para a missão maior do GT. Como objetivo geral temos o fortalecimento do acesso à Saúde pelas comunidades quilombolas de Estado do Rio de Janeiro e como objetivos específicos: 1) Articular com a Atenção Básica e outros setores de cada município - Secretarias de Educação, de Assistência Social e Direitos Humanos, de Agricultura e outras-, a fim de fortalecer a qualidade de vida das populações que vivem em quilombos; 2) Registrar o conhecimento tradicional em plantas medicinais e as práticas populares das comunidades escolhidas a fim de garantir a participação de benefícios deste conhecimento; 3) Definir material para a elaboração de uma cartilha/almanaque com os conhecimentos tradicionais em plantas medicinais e práticas populares para ser devolvido às comunidades quilombolas e utilizado em escolas, etc.; 4) Oferecer novos usos para as plantas medicinais conhecidas, que sejam de domínio público, às comunidades quilombolas; 5) Elaborar cartilha destinada aos profissionais de saúde da equipe de saúde da família, para facilitar e fortalecer o vínculo com as comunidades quilombolas; 6) Promover dois Seminários internos que envolva as comunidades relacionadas e os profissionais de saúde da região; O método atende as seguintes etapas: 1. Construção do instrumento diagnóstico. 2. Realização de um mapeamento detalhado sobre as práticas de saúde, a cultura e os valores associados a estas comunidades (visitas, entrevistas, registros visuais). 3. Sistematização e análise das informações recolhidas 4. Organização de seminários entre profissionais municipais e estaduais de AB para a reflexão e encaminhamento dos conhecimentos investigados e produzidos. 6. Promover um Encontro Estadual de Saúde Quilombola. A etapa atual é a de visitas com vistas a apresentação do projeto e contato entre os profissionais e comunidades. Podemos falar da recepção calorosa, dos primeiros relatos de práticas tradicionais de saúde e da evidência das enormes necessidades sociais destes povos. Acredita-se ter resultados mais palpáveis na época da apresentação nesta Mostra, assim como ter conclusões positivas sobre o desenvolvimento de estratégias que facilitem o acesso à saúde mais especificamente à AB, valorizando suas práticas de saúde e cultura.

Educação popular no ambiente escolar

Cleide Gonçalo Rufino

Helena Portes Sava de Farias

Fabiana Ferreira Koopmans

O presente resumo trata-se do projeto de Extensão Promoção em Saúde: Atuação do curso de enfermagem nas Escolas do Amanhã da Secretaria Municipal de Educação/RJ. Este, é fruto de uma demanda do Projeto de Extensão Trabalhando com famílias através da promoção em saúde, onde foram desenvolvidas atividades educativas de promoção em saúde com alunos do 1o e 2o segmento com diversos temas, muitos deles propostos pelo próprio grupo.

O presente resumo trata-se do projeto de Extensão Promoção em Saúde: Atuação do curso de enfermagem nas Escolas do Amanhã da Secretaria Municipal de Educação/RJ. Este é fruto de uma demanda do Projeto de Extensão Trabalhando com famílias através da promoção em saúde, onde foram desenvolvidas atividades educativas de promoção em saúde com alunos do 1º e 2º segmento com diversos temas, muitos deles propostos pelo próprio grupo. Baseado nessa demanda do projeto foi proposto como objetivo de estudo promover ações educativas de educação em saúde no ambiente escolar. Segundo Freire (1987) a educação traz consigo um coeficiente muito grande de Esperança. Ele pode mudar muito a realidade, dependendo de como a aplicamos e da maneira que a concebemos. Nem tudo está perdido, basta desenvolver o trabalho educacional e teremos o que pretendemos: uma Educação verdadeira que dê conta da mudança da realidade, sempre trabalhando com uma reflexão sobre a realidade existencial. O conceito de Educação em saúde é defendida pelo Ministério da Saúde (1980) como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde”. Tais atividades facilitarão a transformação da realidade do indivíduo inserido no ambiente escolar. De acordo com Pereira (2003) as ações educativas devem ser entendidas pelas práticas de ensino-aprendizagem desenvolvidas junto à população com a finalidade de debater e promover a tomada de decisão em relação a atitudes e práticas de saúde, num processo reflexivo e crítico de ambos os atores, docentes e discentes, considerando sempre a presença dos sujeitos, onde o sujeito ao ensinar aprende e ao aprender ensina. Metodologia – Qualitativa, utilizando a técnica de pesquisa descritiva e construção compartilhada do conhecimento. Esta, desenvolve-se na prática de educação em saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos, e tem por finalidade a conquista pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de vida das pessoas (Carvalho et al., 2001). Este tipo de prática envolve aspectos tanto de natureza pedagógica quanto metodológica proposta por Paulo Freire numa abordagem construtivista da aprendizagem (Acioli, 2008). Resultados esperados – Possibilitar aos escolares, pré-escolares, adolescentes, família, profissionais e comunidade do entorno

das escolas e creches participantes um ambiente de construção do conhecimento de práticas preventivas de saúde para transformação da sua realidade através de oficinas, palestras, dinâmicas e dramatizações como facilitador para alcançar o objetivo proposto. Conclusão: Conclui-se que o projeto de Extensão Promoção em Saúde: Atuação do curso de enfermagem nas Escolas do Amanhã da Secretaria Municipal de Educação/RJ será um facilitador para transformação de práticas preventivas na manutenção da saúde. Referências: Acioli, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev Bras Enferm, Rio de Janeiro, RJ, v.61 , n.1, p.117-21, jan/fev 2008. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes da Educação para a Saúde. Brasília, 1980. Carvalho, M.A.P.; Acioli, S.; Stotz, E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento – uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos, E. M. (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo. SP: Hucitec; 2001. p. 101-14. Freire, Paulo. Pedagogia do oprimido. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Pereira, A. L. Educação em saúde. In: Ensinando a cuidar em Saúde Pública. Difusão, 2003.

A prática educativa do farmacêutico e da equipe multidisciplinar no cuidado em saúde face ao risco da prática da automedicação: a importância da informação qualificada, da participação de todos como responsáveis pela produção da saúde e do acesso a uma assistência eficiente para um cuidado integral

Heloisa Helena da Silva Guedes

Ronaldo Franco Guedes

Raquel Franco Guedes

A automedicação configura-se em um problema e saúde pública que necessita de uma atenção multidisciplinar visando a promoção da saúde e o cuidado integral. A descoberta dos antimicrobianos foi um grande avanço no campo da medicina para a cura e controle de doenças, mas seu uso desenfreado e irregular propiciou o desenvolvimento de bactérias resistentes, provocando o movimento contrário ao esperado: ao invés de promover saúde, acaba por favorecer o processo de adoecimento. Para lidar com este panorama, o farmacêutico e a equipe multidisciplinar possui um papel fundamental na promoção de um cuidado integral ao procurar basear sua prática no viés educativo, propiciando que todos os atores envolvidos no ato do cuidar – profissionais, usuários e serviços – sejam responsáveis pela criação e manutenção da linha do cuidado disseminando o uso racional dos medicamentos, criando uma consciência sanitária promotora de saúde.

Introdução: Desde o ano de 1928, com a descoberta da Penicilina, por Alexandre Fleming, o que se observa é o uso cada vez maior e indiscriminado, por parte da sociedade, das substâncias conhecidas como antimicrobianos. O que antes era comemorado e apontado como a solução dos problemas, hoje é um dos grandes vilões da saúde pública mundial. Seu uso desenfreado e irregular propicia o desenvolvimento de bactérias resistentes – as superbactérias –, micro-organismos resistentes à maioria dos antimicrobianos comumente utilizados, o que tem gerado gastos cada vez maiores ao setor saúde. (OLIVEIRA & MUNARETTO, 2010). A dificuldade de acesso qualificado ao sistema de saúde bem como a uma informação qualificada sobre os efeitos e malefícios dos medicamentos associados à comodidade e facilidade da aquisição (já que os remédios não são vendidos exclusivamente em farmácias, mas também em pequenos estabelecimentos, padarias, bancas de jornais, etc), contribuem e muito para o aparecimento de doenças cujos agentes patológicos criam resistência às drogas existentes. Não raro incentivada por propagandas laboratoriais, pela indicação de amigos, a população cada vez mais se automedica, descaracterizando o potencial de uma das maiores descobertas no campo da saúde. O Ministério da Saúde (MS), preocupado com os riscos trazidos pela automedicação, em sua gestão determinou uma série de portarias e resoluções

para seu combate, entre elas a RDC-44/2010 impulsionada pela Agência de Vigilância Sanitária/ANVISA. A RDC-44/2010, complementando outras normatizações, institui novas regras para o acesso aos antibióticos seja no setor público ou privado, buscando uma mudança de paradigma. Na promoção do cuidado em saúde, é sabido que para impactar de fato na cultura da população, especialmente no que se refere à automedicação, é preciso mais do que uma determinação legal. Faz-se preciso uma mudança de perspectiva: a da saúde enquanto processo e não como foco momentâneo que se trata com o paliativo. É neste momento de reforço à construção a linha do cuidado que o a presença do farmacêutico e da equipe multidisciplinar encontra sua maior função: a de educar em saúde, promovendo um debate amplo, o exercício da fala e da escuta para que haja a cultura de uma consciência sanitária ampla e não tutelada. Daí a importância em todos os espaços de abordagem ao usuário, de uma prática educativa integral. Diferente das práticas de saúde que ditam as regras de um cuidado voltado ao comportamento saudável, a prática educativa integral é pensada pautada em características como incentivo ao desenvolvimento da consciência crítica dos indivíduos em relação aos problemas de saúde com a não transmissão vertical de informações; estabelecimento de relação entre saberes popular e científico; privilegiamento de espaços coletivos com trabalhos individuais e em grupo ricos em debate e participação. Assim, o educar em saúde crítico implica pelo menos quatro aspectos que, se trabalhados em conjunto, de forma ampla e não reducionista, podem promover a saúde como qualidade de vida e incentivar a não adoção da automedicação como forma de cuidado: a *Informação*, a *Participação*, o *Acesso aos serviços* e a *Assistência/Cuidado Integral*. No que concerne à *Informação*, a relação de dialogicidade compõe o conteúdo de reforço à cidadania preconizada pelo educar em saúde amplo, cidadania esta entendida como direito “construído coletivamente, não só em termos de necessidades básicas, mas de acesso a todos os níveis de existência” (MANSINI-COVRE, 1998, p. 11). A informação aqui é concebida não como a simples passagem de dados e fatos (não pode automediar-se), mas uma interlocução de qualidade que proporcione ao cidadão arcabouço para exercer seus direitos e refletir sobre as implicações de suas escolhas. Para Gentilli (1995, p. 4-25), “nas democracias de massas, marcadas pela expansão dos direitos, o direito à informação constitui-se num direito “em si” e, ao mesmo tempo, é a porta de acesso a outros direitos (...). [Sem o direito à informação], “o exercício de outros direitos fica prejudicado”. Em todos os espaços da vida moderna, em especial no âmbito da saúde (seja no hospital, na farmácia, etc), o acesso à informação é fundamental. O princípio inscrito na Lei 8.080-90 demonstra que o usuário tem o direito de receber toda informação necessária sobre seu estado de saúde e os meios disponíveis para seu cuidado que envolve o uso de medicamentos. Para Gentilli (1995, p. 159-60), “(...) o direito à informação deve ser pensado na perspectiva de um direito para todos (...) na perspectiva de fornecer informações em quantidade e qualidade para o melhor julgamento possível de cada um. (...) O direito àquelas informações necessárias e imprescindíveis para a vida (...)” Nessa perspectiva: “O direito à informação (...) deve ser pensado como o direito que inclui (...) as condições necessárias para realizar as escolhas concernentes ao exercício pleno dos direitos. O direito de cada um ter acesso às melhores condições possíveis para poder formar as próprias preferências particulares, fazer suas escolhas e seus julgamentos de modo autônomo. (...) [Já que] o cidadão tem o direito de ser provido das informações necessárias para o seu dia

a dia. (...) Informação sobre saúde (...), [tratamento], formas de prevenção de doenças (...), sobre aids (...) (GENTILLI, 1995, p. 160-162).” O direito à informação é essencial para a liberdade; não qualquer informação, mas uma informação não manipulada ou manipuladora. Apenas informar não é suficiente para que os cidadãos formem opinião e se apoderem das rédeas de suas vidas. É preciso, também, dialogar. Para Peruzzo (2007, p. 02), “(...) o acesso à informação e à comunicação (...) são direitos humanos”; logo, comunicar envolve relações humanas. De acordo com Pasquali (2005, p. 15), “(...) a noção de relações humanas significa um fenômeno que é ontologicamente impossível na ausência do ato comunicativo (...), demonstrando que “informar” deve ser concebido a partir da perspectiva de “comunicar”. O diálogo genuíno ocorre com a inter-relação entre os indivíduos, no sentido do exercício da fala e da escuta, num processo de reflexão. Dialogar é estar aberto, disposto a receber proposições e encaminhar um debate mais amplo. Somente através do diálogo é possível empoderar o coletivo para que seja “tão livre quanto os mais poderosos” (PASQUALI, 2005, p. 37). Desta forma, as práticas educativas de cunho amplo inscrevem-se em “um processo que se insere num tipo de ação de levantamento de problemas e busca de soluções compartilhadas, [onde] não existe um ‘que sabe e ensina’ e outro ‘que não sabe e executa’” (STOTZ e BORNSTEIN, 2007, p. 54). Diversos autores concordam que, na prática educativa em saúde, o diálogo se faz importante na medida em que não se confunda diálogo com repasse de informações, buscando a emancipação humana através de pensamentos e posicionamentos depositados linearmente no outro. Até porque não se emancipa ninguém apenas com informação e orientação, ainda que façam parte do processo. Emancipar é propiciar que os sujeitos tenham acesso a bens e serviços que supram suas necessidades, entendendo este acesso como um direito e possam tomar as rédeas de suas vidas. Para haver emancipação, é preciso haver inclusão social e produtiva. Oliveira (2009), por exemplo, destaca que, na prática educativa, educar vai muito além da transmissão de informações. Educar seria dialogar, formar: “(...) refletir sobre o que informa nossas escolhas, ideias, visões de mundo, valores, atitudes. Ou seja, na teia dos significados individuais, tecer uma rede de significados coletivos, onde haja ressonância e solidariedade, no âmbito de projetos existenciais mais complexos. (...) a informação, a educação e a comunicação em saúde precisam ser contextualizadas num mundo em aceleradas e profundas mudanças. Não basta disponibilizar informações em avalanches quantitativas, sem que haja uma reflexão contextualizada sobre os objetivos a que se destinam. (...). Educar e comunicar pressupõe uma ética identitária, um percurso a seguir, uma responsabilização, com clareza de objetivos (OLIVEIRA, 2009, p. 14)”. Na prática educativa em que se queira exercitar o diálogo, é preciso abrir espaço para a escuta dos saberes e necessidades dos indivíduos e grupos envolvidos no processo educativo. Freire já apontava que escutar seria: “(...) obviamente algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. Isto não quer dizer, evidentemente, que escutar exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala. Isto não seria escuta, mas autoanulação. A verdadeira escuta não diminui em mim, em nada, a capacidade de exercer o direito de discordar, de me opor, de me posicionar (FREIRE, 2005, p. 119)”. Seguindo esta linha de pensamento, Lima e Carloto (2009, p. 138) evidenciam que a prática educativa dialógica como práxis social é: “modificação do modo de perceber a realidade e também ação sobre

as estruturas sociais. É nesse sentido que é política. Dessa forma compreendida, uma ação educativa não pode ser apenas informativa. Para que haja mudança, é necessário diálogo entre as partes, é necessário práxis”. Para Alves e Almeida (2008, p. 106-107), uma prática baseada na comunicação/diálogo é “compreendida em sua perspectiva verdadeira, que não é outra senão a de humanizar o homem na ação consciente que este deve fazer para transformar o mundo”. Para os autores: “a comunicação é um princípio que deve reger o convívio não só entre os técnicos (...) [e população], mas todo o processo educacional. (...) Não temos que considerar perdido o tempo do diálogo que, problematizando, critica e, criticando, insere o homem em sua realidade como verdadeiro sujeito de transformação (id. p. 107-108)”. A relação dialógica envolvida nas práticas de saúde requer outro aspecto que envolve o educar em saúde crítico: a *Participação*. A participação, imprescindível nas práticas de saúde, se estende a todos os sujeitos envolvidos na linha do cuidado: usuários, profissionais e serviços. Segundo Bordenave (1992), a participação promove a democracia, sendo facilitadora do crescimento da consciência crítica dos indivíduos, fortalecendo o poder reivindicatório e de ampliação desse poder. Logo, a participação é: “uma necessidade fundamental do ser humano (...). [A prática da participação] envolve a satisfação de outras necessidades (...) como a interação com os demais homens, a autoexpressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo (...), a valorização de si mesmo pelos outros (BORDENAVE, 1992, p. 16)”. Para Hortale, Pedroza e Rosa (2000, p. 235), a participação relaciona-se ao controle social, entendido como a: “participação real da população na administração dos serviços, associada à gestão técnica e interna (indo contra a tendência crescente de profissionalização e burocracia). O objetivo a ser atingido por esse controle e essa participação é o de otimizar a função de interação com o meio (adaptável), e a avaliação se dá pela existência e condição de operação de mecanismos concretos de participação popular: conteúdo do processo, mecanismos de participação, finalidade das experiências (...)”. Trazendo esta discussão para a prática educativa, a participação dos sujeitos no projeto terapêutico se faz importante e necessária, na medida em que o cuidado não se processa a partir de um único sujeito que dita as regras. O cuidado envolve o intercâmbio de vários sujeitos no sentido de refletir sobre a prática e tomar, conjuntamente, as decisões sobre a melhor estratégia para resolver o problema naquele momento. A participação popular fomenta o anseio pelo Acesso a serviços de qualidade, capazes de oferecer uma assistência integral. Quando se participa ativamente das situações-problema que assolam o cotidiano dos indivíduos em sociedade, melhor a percepção crítica dos mesmos tanto no que concerne à própria visão de mundo quanto em relação à qualidade do equipamento público a que se tem acesso. Para Travassos, Oliveira e Viacava (2006), o acesso refere-se à possibilidade de o cidadão utilizar os serviços de saúde sempre e de acordo com suas necessidades, buscando soluções para as questões apresentadas, interagindo com o processo educativo. Giovanella & Fleury (1996, p. 194) complementam esta linha de pensamento ao sinalizarem que o acesso não deve ser visto: “(...) como uma entrada do usuário em um sistema preexistente, ao qual ele dá entrada em momentos especiais de sua história de vida, mas sim como uma construção, pela sua participação cidadã, desse sistema e a conformação de suas práticas, além de requerer a sua participação também na gestão e controle social”. Pertinente a esta questão, Hortale, Pedroza e Rosa (2000) consideram a categoria acesso como um valor equacionado em duas instâncias: a *central/local* e a de *população/usuários*: “A instância central/local, ao nível dos serviços: “(...) onde se promove e se concretiza a

*responsabilidade com as necessidades da população e com os valores sociais (...), onde se dá a adequação das escolhas de objetivos à demanda dos cuidados” (HORTALE, PEDROZA & ROSA, 2000, p. 235).” A instância população/usuários: “(...) onde se manifesta a legitimidade e confiança no sistema de saúde. É onde são revelados os fatores socioculturais (...) que influenciam o comportamento individual, como as crenças sobre os médicos e os serviços médicos, orientações pessoais sobre a saúde” (HORTALE, PEDROZA & ROSA, 2000, p. 235)”. As duas instâncias supracitadas se complementam na efetivação do acesso quando se propõem a trabalhar no sentido de promover “(...) a um maior número de pessoas um leque maior e mais diversificado de ações e serviços de saúde” (GIOVANELLA & FLEURY, 1996, p. 177), privilegiando uma prática em saúde usuário-centrada. O acesso como categoria-chave na implementação do cuidar em saúde requer o estabelecimento de uma inter-relação entre usuário-serviço que permita a escuta da necessidade de saúde apresentada e a discussão conjunta do caminho a ser tomado para o desenvolvimento do cuidado, conformando uma prática educativa que, como aponta Yamamoto (2006), não tem o “poder miraculoso” de ser um fim em si mesma, mas ganha concretude ao ser inserida no tenso jogo que permeia as relações sociais, interesses e necessidades daqueles que buscam e prestam atendimento em saúde. No exercício de fortalecimento e ampliação do acesso, as práticas em saúde, especialmente as de cunho educativo que fomentam a autonomia e participação do indivíduo no processo de cuidado, requerem aceitação, disponibilidade e compromisso daquele que cuida em prover uma *Assistência/Cuidado Integral* pautada, entre outros elementos, no acolhimento, na humanização, na responsabilização e no vínculo. Segundo Ramos e Lima (2003, p. 29): “O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento”. Através do acolhimento, a proposta é a de que o serviço de saúde seja orgaado de modo em que o usuário seja o centro do processo saúde-doença, com vistas à garantia do atendimento qualificado; organização do processo de trabalho, deslocando a centralidade médica para a atuação de uma equipe de acolhimento multiprofissional que irá recepcionar o usuário, comprometendo-se com o mesmo, estabelecendo um canal de escuta e diálogo para com suas queixas, preocupações e angústias. Ao mesmo tempo, acolher também envolve o estabelecimento de limites necessários para garantia de uma atenção resolutiva, articulada a outros serviços de saúde para continuidade da assistência. Estes limites podem ser operacionalizados através do mecanismo de referência e contrarreferência, na medida em que o indivíduo, esgotadas todas as possibilidades de atendimento no serviço de origem, é referendado a outro para continuidade do processo de cuidado e, ao seu término, retorna ao serviço que o referendou. Dito de outra forma: o usuário chega à atenção básica e inicia seu atendimento, esgotados os recursos desse nível de atenção, o usuário é encaminhado para a média complexidade (referência). Resolvida sua demanda neste nível, o usuário é reencaminhado à atenção básica para continuidade de seu acompanhamento (contrarreferência). Em saúde, acolher as demandas e atendê-las até o último recurso*

disponível e depois referendar é ser resolutivo. Partindo dessa compreensão de acolhimento, a humanização seria um elemento intrínseco nas relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Para Rollo (1997), a humanização possui como diretrizes a identificação das necessidades de saúde; a mudança no modelo de atenção e gestão do processo de trabalho, voltando-se para a produção de saúde e não da doença; entre outros. Ao agregar estas diretrizes, a humanização nas práticas educativas requer também o exercício da responsabilização e do vínculo. Responsabilizar-se e criar vínculo pressupõe a construção de equipes que de fato acompanhem os usuários no processo de cuidado, envolvendo a elaboração de plano terapêutico personalizado; a eliminação de ações fragmentadas; o retorno do usuário para a mesma equipe que o atendeu anteriormente; a percepção do cidadão em processo de cuidado como sujeito; a presença da família no processo de cuidado (ROLLO, 1997). No contexto histórico em que se concebe a saúde como direito de todos e sinônimo de qualidade de vida – marcadamente a partir dos anos 1980 –, a prática educativa, passando a preconizar os elementos de acolhimento, humanização, responsabilização e vínculo, configura-se numa prática política que se propõe a contribuir para a formação da consciência crítica e busca da garantia de direitos. Seu papel como prática político-pedagógica é o de possibilitar uma concepção abrangente de saúde. Para Assis (1998:08), “os trabalhos nesta perspectiva crítica questionam a transmissão vertical de informações e trazem a preocupação de valorizar o saber popular sobre as questões de vida e saúde” e devem levar em consideração tanto a abordagem individual quanto a coletiva. No exercício de uma prática de saúde mais ampla, passam a ser elementos constitutivos do educar: *“a necessidade de se reconhecer o caráter histórico e os condicionantes sociais, políticos e econômicos do processo de saúde/doença; a perspectiva de formação de uma consciência crítica voltada à transformação da realidade social (atuação voltada ao fortalecimento dos movimentos sociais); a valorização do saber popular e do diálogo na relação profissionais de saúde/população; a recusa do tecnicismo e fragmentação das ações e sua subordinação ao modelo médico (ASSIS, 1998, p. 08)”*. Na assistência/cuidado integral, ter clareza do projeto de intervenção que se quer desenvolver é um passo importante para fortalecimento das práticas inscritas em moldes emancipatórios. O caráter invasivo e autoritário das práticas de saúde ao longo da história brasileira tem estimulado a reflexão e a busca de práticas educativas inovadoras. Práticas que considerem a saúde como processo histórico e que a tomem em sentido amplo e positivo, abrindo espaço ao saber popular, estimulando a participação social. Segundo Acioli (2006), para que sejam desenvolvidas práticas educativas integrais em saúde, faz-se fundamental o intercâmbio integral entre quem cuida e quem é cuidado, uma vez que não há “profissionais ou serviços de saúde integrais”, mas problemas de saúde que são vivenciados de forma integral e que necessitam de respostas conjuntas para sua resolução, pensamento corroborado por Lins & Cecílio (2008, p. 13): *“como processo histórico de construção social, a instituição saúde é revelada no modo de produção em saúde, na prática concreta dos profissionais que atuam em suas organizações ou estabelecimentos. Portanto, a institucionalização da avaliação em saúde deve se propor a construir uma nova prática, a provocar uma mudança na prática do fazer saúde atual [transformando-a em cuidado]”*. Conclusão: No universo das práticas educativas, o debate entre sujeito e objeto se faz presente, na

medida em que algumas práticas ainda focalizam o indivíduo como objeto acometido por uma doença e que necessita ser tratado e instruído a não contraí-la novamente, reduzindo o momento assistencial, a ação do cuidado em repasse de informações e condutas tidas como as corretas de acordo com a premissa de um único ator (profissional). Na contramão desta postura curativista e unilateral do cuidado incutido nas práticas educativas em saúde, Ayres (2004, p. 85) salienta que o momento assistencial *“pode (e deve) fugir de uma (...) interação tão obcecada pelo “objeto de intervenção” que deixa de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. (...) Nesse sentido, o Cuidar põe em cena um tipo de saber (...) que não cria objetos, mas constitui sujeitos (...). Ao considerarmos verdadeiramente esse outro saber no momento assistencial, assumimos que a saúde e a doença, não são apenas objeto, mas, na condição mesma de objeto, configuram modos de “ser-no-mundo”.* Ainda para este autor: *“Quando o (...) profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado (2004, p. 86)”* outro saber que não apenas o científico nas práticas de saúde é: *“um compromisso fundamental quando se quer Cuidar. Mas isso nem sempre é fácil, porque é frequente tomarmos o reconhecimento e a valorização desses saberes não técnicos como (...) atraso. (...) Nós podemos não concordar com uma dada crença de um paciente, por exemplo, e, conversando com ele, seguirmos convictos de que essa crença não lhe beneficia, e até vir a convencê-lo disso. Mas, independentemente de o convencermos ou sermos convencidos por ele, se simplesmente desconsiderarmos um saber não técnico implicado na questão de saúde com que estamos lidando, então não estaremos deixando a pessoa assistida participar de fato da ação em curso. Ela não estará sendo sujeito (AYRES, 2004, p. 86)”*. Para Ayres (2004), é justamente neste ponto que se ancora a importância do cuidado integral nas práticas educativas, ou seja, a implementação de espaços e condutas que promovam a interlocução entre dois sujeitos principais da ação (profissional/usuário), com a prática em saúde apoiada numa tecnologia, mas não resumida a ela. *“Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (AYRES, 2004, p. 86)”*. Nas práticas educativas integrais, a arte de cuidar pode ser considerada um constructo em constante evolução. Os desafios para desvincular o cuidado das amarras tradicionais está, dentre outros, nos aspectos elencados por Ayres (2004) e que nos fazem refletir: *voltar-se à presença do outro; otimizar a interação e enriquecer horizontes. Voltar-se à presença do outro: “as bases científicas das tecnologias de saúde não precisam (e não devem) ficar restritas às ciências biomédicas. Um exemplo da possibilidade e relevância desse enriquecimento disciplinar na instrução de práticas de saúde, e do correlativo alargamento do escopo de suas ações, é a proposição do quadro conceitual da vulnerabilidade (...) desenvolvidas no contexto da epidemia de HIV/AIDS. O enfoque da vulnerabilidade tem se mostrado um valioso instrumento para escaparmos à lógica cognitivo-comportamentalista na compreensão da suscetibilidade à infecção pelo HIV e, consequentemente, tem nos permitido ampliar as intervenções preventivas para além do território e responsabilidades restritas à individualidade” (id., 2004:87).*Otimi-

zar a interação: reforçar o “*espaço de conversação e os serviços de saúde como complexas e dinamicamente interligadas redes de conversação. Demonstra, a partir dessa perspectiva, que os onipresentes e substantivos diálogos que entretecem todo o trabalho em saúde não conformam apenas a matéria por meio da qual operam as tecnologias, mas que a conversação, ela própria, na forma em que se realiza, constitui um campo de conformação de tecnologias*” (id., 2004:88). Enriquecer horizontes: para realização de um cuidado efetivo, faz-se preciso que os elementos que orientam as tecnologias em saúde “*tenham seus horizontes expandidos, (...) [superando] a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes*” (id., 2004, p. 89). Ainda para o autor a concretização desses três aspectos depende substancialmente do desvencilhamento do “jargão sanitário” e de que se passe a trabalhar com base na *interdisciplinaridade*, como cooperação e diálogo entre as disciplinas do conhecimento que pode contribuir para uma prática menos fragmentada com soberania de uma única área do saber; na *intersetorialidade*, trazida na articulação entre setores sociais diversos no enfrentamento de complexas questões que envolvem o setor saúde no desenvolvimento do cuidado e do trabalho integrado; além da “*pluralidade dialógica*”, em que onde haja espaços para o diálogo entre os sujeitos envolvidos nas ações assistenciais. No reforço à assistência integral, o uso de tecnologias é de fundamental importância, com destaque para as que Merhy (2000) chama de “tecnologias leves”, que envolvem os saberes e uma relação mais estreita entre os sujeitos no ato do cuidar – uma dimensão comunicacional e cuidadora –, favorecendo interlocuções que desencadeiem acolhimento, vínculo e responsabilização na organização da assistência à saúde, aspectos que podem perpassar todo o processo de trabalho em um ambiente de saúde, desde que se esteja aberto a uma escuta qualificada que permita ouvir e dar respostas às demandas apresentadas, desde as mais simples às mais complexas como é o caso das demandas postas pelos diversos setores – profissionais, usuários, serviços de saúde – ao debate sobre a automedicação. Neste grande desafio – o do farmacêutico e o da equipe multidisciplinar no seu cotidiano de promoção do cuidado – destaca-se a prática educativa em saúde como sendo aquela que preconiza o processo de cuidado a partir da relação de confiança entre profissional-usuário, que permita a troca de experiências e a reflexão conjunta das estratégias e técnicas de cuidado em saúde, sendo a prática educativa em saúde uma estratégia de negociação entre os pares, negociação engendrada no espaço compartilhado do diálogo, da horizontalização das relações profissional/usuário, da participação, da informação qualificada que propicia o debate e a desmistificação de ideias preconcebidas (como a de que o remédio que meu vizinho usou será bom para mim, que estou com dor de cabeça e é bobagem e posso comprar um comprimido na banca de jornal da esquina e ficará todo bem não precisando ir ao médico nem ter receita para aquisição) que entravam a conquista da autonomia pelo sujeito. Educar em saúde seria munir o indivíduo de “armas” com as quais possa compreender claramente o que se passa consigo e optar conscientemente pela terapia ou ação que melhor responda aos seus anseios, às suas necessidades de saúde. Armas como o conhecimento, o saber, capazes de abrir as portas para uma luta coletiva por acesso ao direito à saúde. Referências: AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. In: **Interface** - Comunicação, Saúde,

Educação, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004. ACIOLI, Sonia. Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org). 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. ASSIS, M. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. In: **Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 169**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. ALVES, Maria Leila; ALMEIDA, Danilo Di Manno de. Educação Problematizadora: Uma Re leitura De “Extensão Ou Comunicação?” In: **Revista Múltiplas Leituras**, v.1, n. 2, p. 102-110, jul. / dez. 2008. BRASIL. Política Nacional de Humanização/PNH. In: **Humaniza SUS**. Ministério da Saúde, 2004. Disponível: em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf **RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 44, DE 26 DE OUTUBRO DE 2010**. ANVISA. BORDENAVE, J. E. D. O que é Participação. In: **Coleção Primeiros Passos**. Editora Brasiliense, 7ª edição, 1992. FREIRE. **Pedagogia do oprimido**. 44ª ed. São Paulo:Paz e Terra, 2005. GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sônia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org). **Política de Saúde: o público e o privado**. FIOCRUZ Editora, Rio de Janeiro, 1996. GENTILLI, V. Democracia de Massas: cidadania e informação. **Tese de Mestrado**. Universidade de São Paulo. Escola de Comunicação e Artes. Departº de Jornalismo e Editoração. São Paulo, 1995. Orientadora: Alice Mitika Koshyiama. 217 pgs. HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 16(1):231-239, jan-mar, 2000. IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. LIMA, Evangelina Sanches; CARLOTO, Cássia Maria. Ações socioeducativas: reflexões a partir de Freire. In: **Emancipação**. Ponta Grossa, 9(1): 127-139, 2009. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>. LINS, Auristela Maciel; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O Discurso da Institucionalização de Práticas em Saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [3]: 483-499, 2008. OLIVEIRA, Ana Maria Franklin de. Informação, educação e comunicação em saúde: é suficiente atuar em rede? Os desafios éticos da formação do profissional de saúde na pós – modernidade. In: **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, vol. 3, n.1, p. 14-27, jan./mar. 2009. Disponível em <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/708/713> OLIVEIRA, Karla Renata; MUNARETTO, Paula. USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS: Responsabilidade de Prescritores, Usuários e Dispensadores. In: **REVISTA CONTEXTO & SAÚDE** . EDITORA UNIJUÍ , v. 9 n. 18 JAN./JUN. 2010 p. 43-51. PASQUALI, A. Um breve glossário descritivo sobre comunicação e informação: para clarear e melhorar o entendimento mútuo. In: SATHLER, L. (org). **Direito à comunicação na sociedade da informação**. Universidade Metodista de São Paulo/UMESP, 2005. PERUZZO, C. M. K. Direito à comunicação comunitária, participação popular e cidadania. In: **Lumina**. Revista do Programa de Pós-graduação em Comunicação. Vol. 1, nº 1. UFJF, junho 2007. ROLLO, A.A. É possível construir novas práticas assisten-

ciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde** - um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.321-339. RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública**. 2003, vol.19, n.1, pp. 27-34. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>. STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BOLDSNTEIN, Vera Joana. Educação Popular em Saúde. In: Martins, Carla Macedo (Org.) **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 11,nº 4.Rio de Janeiro,out./dez.2006.

A aprendizagem baseada em problemas na formação de profissionais da saúde: um relato de experiência

Heloisa Mendonça Bernini Soares da Silva

Idiana Santos Souza

Layanne Nascimento Fraga

Yago de Almeida Fonseca

Ernande Valentin do Prado

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP, ou PBL do inglês Problem Based Learning) é uma proposta pedagógica que começou a ser desenvolvida no final da década de 60 na McMaster University (Canadá). Esta proposta é centrada no autoaprendizado do aluno, através de situações-problemas, dando ênfase ao desenvolvimento cognitivo e a integração interdisciplinar, correlacionando os componentes teóricos e práticos. Tal método rompe toda a cultura de aprendizado, na qual o professor “despeja” conhecimento e o aluno restringe-se a “receber” os conteúdos. Além disso, leva o aluno à prática profissional desde o início do curso, possibilitando direto acesso do estudante da área de saúde com os usuários do Sistema Único de Saúde, facilitando a formação de profissionais humanizados. A Universidade Federal de Sergipe adota esse método no Campus de Ciências da Saúde, localizado no município de Lagarto, fundado em 2011. O objetivo desse trabalho é descrever a experiência de alunos da UF S com o método PBL.

INTRODUÇÃO: Historicamente, os currículos têm seu modelo organizado em disciplinas isoladas, desvinculadas da realidade profissional, hipertrofiadas em conteúdos, voltadas para uma formação técnica e para especialidades, não formando profissionais que atendam às necessidades de saúde da sociedade (VARGAS, 2008). A prática corrente da maioria dos estabelecimentos de ensino é biomédica (ABRAHÃO, 2007) e dentro de um modelo denominado (FREIRE, 1996), como educação *bancária*, destacam-se a tentativa de transferência de conhecimentos do docente para o aluno, a supervalorização da formação técnica e a dissociação entre o conhecimento teórico recebido passivamente pelo discente e o contexto social em que está inserido. Enfatiza os aspectos biológicos, fragmenta o saber, fortalece a dicotomia entre teoria e prática e desconsidera as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS (SOBRAL, 2011). Já há tempos nota-se o despreparo dos profissionais para atuarem na saúde devido à diversidade entre formação e realidade profissional. Surgiram, então, teorias críticas, visando a transformação social, dentre elas a *pedagogia libertadora* ou *problematização*, com destaque para o modelo educacional de Paulo Freire, que trouxe contribuições importantes para área da saúde (SOBRAL, 2011). Houve, nos anos 1980 uma melhoria do conhecimento da psicologia do aprendizado do adulto, mostrando a impor-

tância de sua participação ativa na incorporação do conhecimento, a importância de sua experiência prévia e do uso desta experiência como elemento motivador para o aprendizado. Parte destes conhecimentos foram desenvolvidos a partir dos estudos de Paulo Freire, parte das teorias de Jean Piaget e ainda outra parte nos estudos de psicopedagogos. A fisiologia da memória e seu desenvolvimento recente favoreceu também a compreensão da importância da experiência prévia na aquisição de novos conhecimentos. Nesse contexto surgiu o método de ensino *Problem Based Learning* (PBL), conhecido no Brasil como Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Uma metodologia de ensino inovadora e até certo ponto desafiadora, distinta do método tradicional, que propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade, a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio, a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções, a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções. Trata-se de um método de eficiência comprovada por inúmeras pesquisas no campo da psicopedagogia e da avaliação de desempenho dos profissionais formados por esse método, portanto não é um método experimental (UEL). O PBL originou-se na escola de medicina da Universidade McMaster (Canadá), chegou ao Brasil através da Faculdade de Medicina de Marília e do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, quando iniciaram um novo currículo em 1997 e 1998, respectivamente. Já é aplicado em diversos cursos da área da saúde, decorrente da necessidade de se trabalhar de forma interdisciplinar e integradora, visando à formação de profissionais mais humanizados, com uma nova visão para com seus pacientes, não o observando somente com relação à doença, mas dando ênfase as necessidades individuais de cada pessoa. Atualmente, aproximadamente 10% das escolas de todo o mundo adotam esta metodologia (VISÃO ACADÊMICA, 2008). A Aprendizagem Baseada em Problemas enfatiza o estudo autogerido, que é centrado no aluno possibilitando que este participe ativamente do processo de aprendizagem, torne-se mais responsável e desenvolve a habilidade de trabalhar em grupo. É composto por quatro subunidades: Grupos Tutoriais, composto por aproximadamente dez alunos que iniciam a discussão de um caso-problema baseando-se em seus conhecimentos prévios e elaborando objetivos de estudo. O fechamento do problema se dá após o aprofundamento do estudo, através da aprendizagem autogerida; Práticas de Ensino na Comunidade (PEC), onde os alunos interagem com a população, vivenciando a realidade social e buscando possíveis soluções para os problemas identificados na comunidade; Dinâmica de Habilidades e Atitudes, que de uma maneira prática desenvolve no aluno habilidades e atitudes que cabem ao profissional de saúde; e Práticas Laboratoriais, quando os estudantes observarão minuciosamente os assuntos trabalhados nas sessões tutoriais. Com a utilização da ABP, se pretende criar oportunidades para a aprendizagem ativa e a vivência dos atributos profissionais e de atitudes, usando um método agradável e divertido, além de motivador (REGO, 2011). No entanto, a mudança no processo de ensino-aprendizagem é árdua, pois busca a ruptura com os modelos de ensino tradicional e a formação de profissionais preocupados com o cuidado humanizado (SOBRAL, 2011). O objetivo deste trabalho é *relatar experiência de alunos da Universidade Federal de Sergipe, do campus de Lagarto com o método PBL*. Para o desenvolvimento deste trabalho foram

utilizados os seguintes métodos: Revisão da literatura e de materiais produzidos por universidades que adotaram a Aprendizagem Baseada em Problemas. Este relato teve a participação de quatro alunos, dois recentemente ingressos na universidade e dois no segundo ano de curso. O CAMPUS: No dia 12 de junho de 2009, o Governo Federal, por intermédio do Ministério da Educação, o Governo do Estado de Sergipe e a Universidade Federal de Sergipe firmaram um protocolo de intenções objetivando a instalação de um Campus da UFS no município de Lagarto, com a implantação de 08 (oito) cursos de graduação na área de saúde (enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional). Além disso, a Prefeitura Municipal de Lagarto disponibiliza toda a rede de assistência em saúde vinculada ao SUS para a prática de atividades (UFS, 2011). O Campus iniciou suas atividades em maio de 2011, e desde então funciona em um espaço provisório, ocupando o prédio de uma Escola Estadual, cedido pelo Governo do Estado de Sergipe. Atualmente, possui cerca de 650 (seiscentos e cinquenta) alunos em atividade. Diante de suas necessidades, funciona em um espaço pequeno. Conta com uma biblioteca, dois mini auditórios, um laboratório morfofuncional, um laboratório para as atividades de Habilidades e salas de aula convencionais. Tendo em vista a quantidade de alunos e turmas para poucas salas de aula, em 2012 os grupos tutoriais, que eram formados por 10 (dez) alunos, passaram a ser formados por 15 (quinze) alunos. Isso tem causado dificuldade durante a troca de conhecimentos nas sessões tutoriais, por falta de espaço na hora de expor os conteúdos estudados. Implica também na avaliação individual do aluno pelo tutor, tendo em vista a quantidade de alunos. Por ser um Campus novo e instalado em um espaço provisório, algumas dificuldades vem sendo enfrentadas, como a falta de laboratórios específicos para cada curso, por exemplo. Por enquanto, os alunos se deslocam para realizar as atividades laboratoriais em cidades vizinhas ou outros espaços cedidos pelo Município de Lagarto. DISCUSSÃO: Ingressar numa universidade que tem como metodologia de ensino a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP/PBL) é uma das maiores dificuldades para o estudante, pois esse método é completamente distinto do tradicional, utilizado em toda a formação básica. Passa-se todo o ensino em escolas tradicionais, ouvindo dos professores o que se deve fazer, como deve se comportar e o que deve aprender e ao entrar na faculdade precisa, para não perder nota, adaptar-se rapidamente. É como um parto a fórceps, em que não se espera o bebê sair, mas o “puxa a ferro”. Porém, passado esse primeiro momento, se o trauma não for muito grande, percebe-se que o PBL é um método inovador que possibilita o aprendizado e a formação de profissionais mais preparados para enfrentar e conduzir de maneira eficaz os problemas do dia a dia. Dentre os positivos destacam-se, a integração dos diversos cursos da área da saúde no primeiro ano decorrente (que são vistos conteúdos comuns), tendo em vista o futuro profissional onde as diversas especialidades se complementam; o estímulo na busca de conhecimento; o estímulo do desenvolvimento de diversas habilidades relacionadas tanto ao estudo autodirigido como em grupo, de forma interdisciplinar, aumentando a responsabilidade do aluno, já que em um curto espaço de tempo tem de estudar vários conteúdos, além de desenvolver organização para montar um horário de estudo e criatividade para encontrar a melhor forma de entender e assimilar todos os conteúdos trabalhados, estimular a leitura e discussão, o que é de grande importância na vida profissional, pessoal e

acadêmica por a comunicação social. Outra particularidade do método, vista como maior vantagem, é a rápida interação dos alunos com a comunidade. Durante as aulas de Práticas de Ensino na Comunidade (PEC), o estudante vivencia os diversos serviços públicos de saúde, estudando a realidade da saúde local através de visitas ambientais, coletas de dados epidemiológicos, questionários aplicados à comunidade, rodas de conversa com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros. Além disso, o estudo aprofundado do SUS, analisando não só sua atual situação, mas toda sua trajetória, é de extrema importância para o aluno, permitindo-o perceber o quão moderno é o sistema de saúde brasileiro e sua importância para a sociedade enquanto profissional da área. A importância mostra-se também no fato de o discente estar em contato com situações próprias da carreira escolhida logo no início do curso, e não somente no estágio. Dentre os pontos negativos, o método apresenta questões a melhorar, que dificultam o processo de aprendizagem. Essa forma de ensino gera muitas dúvidas no aluno, que nem sempre conseguem ser esclarecidas com o estudo autodirigido. Aí se dá a importância da atuação do tutor nessa busca pelo conhecimento, que deve ser crítico, observador e estimulador do processo de aprendizagem. O aluno, nesse método, se depara com diversos tipos de tutores e deve adaptar-se a eles, mesmo não concordando com a sua metodologia particular de ensino. Existem aqueles que exigem o que o aluno deve estudar, não deixando-o descobrir os objetivos de estudo sozinho; os que deixam toda a aprendizagem por conta do aluno, não apontando os erros; os que contradizem o método e teimam em expor os conteúdos. É muito interessante quando o tutor reúne as informações, aponta os erros, interage com o grupo, orientando quando é necessário, mostrando os caminhos para possíveis respostas. É necessário que haja um acompanhamento do docente, avaliando se está realmente entendendo o que o método propõe e colocando-o em prática de forma correta. Além disso, é importante que os problemas propostos durante os tutorias sejam elaborados de tal forma que desperte a curiosidade no aluno. A proposta das práticas de laboratório e de habilidades é passar para o aluno os conteúdos de forma mais detalhada, concretizando tudo que foi estudado em tutorial, com o auxílio de ferramentas como microscópios, peças anatômicas, vídeos científicos, entre outros. Isso torna as aulas bastante dinâmicas, o que facilita a compreensão do assunto abordado. Algumas vezes os conteúdos vistos em tutorial se diferem dos conteúdos das aulas práticas, o que causa confusão e dificuldade no processo de aprendizagem do aluno. Outras vezes, quando os alunos chegam para as aulas de laboratório e não correspondem as expectativas dos professores no que diz respeito ao conhecimento, os docentes de laboratório confundem a função dos tutores, esperando que eles os conteúdos tenham sido expostos durante o tutorial. Outro grande problema é a lotação dos laboratórios. Estudar em uma universidade que adota um modelo ativo de ensino propõe suma importância para o futuro profissional do aluno. O aprendizado é facilitado com as dinâmicas, há um maior estímulo de pesquisas cada vez mais aprofundadas sobre os assuntos abordados e, principalmente, o estudante aprende cada vez mais a interagir tanto com os colegas de diversas atuações nas áreas da saúde, trabalhando em grupo, quanto com a comunidade, tornando-se um profissional humanizado, com um novo olhar para com os indivíduos, não os observando somente com relação à doença, mas dando ênfase as necessidades individuais de cada ser humano. O método preza pela formação

de profissionais que saibam lidar com casos clínicos na prática de forma mais humanizada e generalista, priorizando sempre a ética profissional. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O método PBL por ser relativamente recente e ainda pouco conhecido, causa no início muitas desconfianças e inseguranças, pois, tudo o que é novo assusta. Ao deparar-se com uma metodologia inovadora, o aluno sente-se desorientado e principalmente angustiado devido a grande responsabilidade a ele delegada. A vivência do PBL exige do estudante a capacidade de liderar, trabalhar em grupo, falar em público e discutir o assunto profundamente e com propriedade. Considerando os aspectos citados, o aluno é levado ao aperfeiçoamento das habilidades e superação das dificuldades. A proposta das vivências dos alunos com a comunidade desde o início do curso proporciona a formação de um profissional mais humanizado e ciente de que saúde não se trata apenas da ausência da doença, mas é a garantia de bem estar como um todo. Há uma vasta literatura que confirme prometidos ganhos propostos pelo método PBL, concentrada basicamente na aprendizagem e desempenho dos alunos. Entretanto, é necessário ouvir a voz dos alunos e professores, atores principais do processo ensino-aprendizagem, sobre os efeitos do PBL em suas vidas. É preciso explorar as possibilidades do método também em termos de desenvolvimento profissional para os docentes que o utilizam. REFERÊNCIAS: ABRAHÃO, A. L. Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde. In: FONSECA, A. F. (Org). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.117-137. BATISTA, Nildo et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev Saúde Pública**, 39 (2): 231-7; 2005. BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface Comunic Saúde Educ**, v.2, n.2, p.139-154, 1998. CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, p.780-788, 2004. REGO, Sérgio; GOMES, Andréia Patrícia. Transformação da Educação Médica: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, 557-566; 2011. SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, 46(1):208-18, 2012. UEL. **Metodologia da aprendizagem baseada em problemas**. Disponível em: <<http://www.uel.br/pessoal/moises/Arquivos/APRENDIZAGEMBASEADAEMPROBLEMAS.pdf>> Acessado em: 07 jun. 2012. RIBEIRO, Luiz Roberto de Camargo. **A Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL): Uma Implementação na Educação em Engenharia na Voz dos Autores**. Disponível em: <http://www.bdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/8/TDE-2005-05-16T12:29:32Z-668/Publico/TeseLRCR.pdf> Acessado em: 09 jun. 2012. UFS. **Campus de Lagarto, saúde e ciência acessível a todos**. Disponível em: <<http://lagarto.ufs.br/pagina/campus-ciencias-sa-lagarto-1651.html>> Acessado em: 09 jun. 2012. VISÃO ACADÊMICA. **PBL FAZ A DIFERENÇA**. Disponível em: <http://www.extranet.ceuma.br/revista_visao_academica/revista.pdf> Acessado em: 09 jun. 2012.

Educação popular e prática de cuidado à saúde de mulheres camponesas

Iraí Maria de Campos Teixeira

Maria Waldenez de Oliveira

Nesse trabalho, apresentam-se resultados de pesquisa, cujos objetivos foram conhecer a compreensão atribuída por mulheres camponesas à saúde e identificar práticas de cuidado e processos educativos desencadeados. Ancora-se no referencial teórico da Educação Popular e Educação Popular e Saúde. Seguiu o referencial metodológico da pesquisa participante, sendo todos os sujeitos participantes ativos do processo de pesquisa. O local onde se desenvolveu a pesquisa foi o Assentamento Monte Alegre, no interior do Estado de São Paulo, e participaram doze mulheres desse assentamento. A concepção de saúde expressa pelas mulheres considera aspectos biopsíquicos, emocionais e socioeconômicos. No que se refere ao significado de ter saúde, elas expressam que ter saúde é ter lazer, trabalho e moradia, é saber que amigos e familiares estão bem; é ter e poder dar carinho e atenção; é poder falar, ser escutada e poder ouvir também; é ser respeitada e manter elevada a auto-estima. Ao definirem o cuidado, elas iniciam suas falas referindo-se aos cuidados com a saúde do corpo, citando os cuidados com a higiene, com a alimentação, as atividades físicas, a busca por assistência nas unidades de saúde. Identificaram como prática de cuidado a escuta, as demonstrações de afeto, a atenção, o carinho. Identificamos o companheirismo como uma das formas de cuidado mais evidente nas falas, seguido do diálogo. Além destas, são práticas de cuidado: assistência multiprofissional de saúde, produção e utilização de remédios caseiros, espiritualidade e religião como apoio social, mobilizações sociais e outras ações políticas. Com relação aos processos educativos decorrentes do cuidado, consideramos que estes acontecem nas relações entre os sujeitos que cuidam e são cuidados, enquanto educam e são educados.

Este trabalho foi elaborado a partir das contribuições da pesquisa de mestrado cujo objetivo era conhecer como as mulheres camponesas compreendem a saúde e diante disso, quais são suas práticas de cuidado, tendo como objeto de estudo os processos educativos que envolvem a saúde e o cuidado (TEIXEIRA, 2012). Para Oliveira (2009, p. 298), a cultura popular é central para um projeto político popular, e “aparece com força nas culturas populares de saúde, nas lutas cotidianas pelo direito à saúde nos movimentos populares e sociais, nos espaços participativos, na resistência dos praticantes tradicionais”. O traço fundamental da Educação Popular e Saúde, de acordo com Stotz (2007, p.55), está “no fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares”. O autor diz ainda que, “na saúde isso significa considerar as experiências das pessoas e dos movimentos sociais e organizações populares nas comunidades de moradia, de trabalho, de gênero, de raça e etnia”. O local onde se desenvolveu a pesquisa foi o Assentamento Monte Alegre, no interior do Estado de São Paulo, e participaram

doze mulheres desse assentamento. Seguindo o referencial metodológico da pesquisa participante, sendo todos os sujeitos participantes ativos do processo de pesquisa (BRANDÃO, 1981). foram realizadas frequentes visitas que permitiram perceber um crescente processo de politização dos espaços cotidianos, nos quais as mulheres estão presentes. Um exemplo do esforço dessas mulheres é a concretização da Associação das Mulheres do Assentamento. De acordo com o Estatuto da Associação, esta tem por finalidade “proporcionar o desenvolvimento social, econômico, educacional e cultural de suas associadas, agricultoras integrantes da comunidade rural do projeto de assentamento Monte Alegre VI” (TEIXEIRA, 2012, p. 58). Ao longo dos diálogos, buscou-se entender como essas mulheres compreendem a saúde. Uma das questões diz respeito ao acesso à serviços que o Estado deve oferecer: médicos, odontológicos e multiprofissional, de transporte, de comunicação, de educação, com garantia de qualidade nesses serviços. Outra questão se refere ao que significa ter saúde. Para elas saúde é ter lazer, trabalho e moradia, é saber que amigos e familiares estão bem; é ter e poder dar carinho e atenção; é poder falar, ser escutada e poder ouvir também; é ser respeitada e manter elevada a auto-estima. Ao definirem o cuidado, elas iniciam suas falas referindo-se aos cuidados com a saúde do corpo, citando os cuidados com a higiene, com a alimentação, as atividades físicas, a busca por assistência nas unidades de saúde. Identificaram como prática de cuidado a escuta, as demonstrações de afeto, a atenção, o carinho. Identificamos o companheirismo como uma das formas de cuidado mais evidente nas falas, seguido do diálogo. Chamamos de companheirismo a prática de ir ao encontro da outra ou do outro que está em sofrimento, para ajudá-la ou ajudá-lo, oferecendo conforto emocional ou psicológico. O diálogo foi identificado como o cuidado nas iniciativas de estimular a expressão dos sentimentos e de praticar a escuta ativa. Percebemos que o cuidado que elas praticam não se restringe ao grupo de mulheres, mas é um cuidado com a comunidade como um todo, com as pessoas que ali vivem percebidas por elas como companheiras das lutas cotidianas, mesmo sem se conhecerem. Também foi possível perceber que o momento do café e o café propriamente dito também tem suas funções no cuidado. O ato de convidar para um café, oferecer um café ou apreciar um café junto com o outro ou a outra, representa muito mais do que gentileza, cortesia, ou necessidade. Muitas vezes tomar café junto significa parar o que está fazendo e dar atenção, ouvir, acolher. As mobilizações e outras ações políticas também foram consideradas como práticas de cuidado à saúde uma vez que visam melhorias nos aspectos sociais considerados no conceito de saúde por elas adotado. Muitos dos movimentos articulados pelo grupo de mulheres visam beneficiar toda a comunidade em que vivem. Percebemos nessas mobilizações um cuidado com o próprio assentamento, para que todas e todos tenham vidas dignas e saudáveis. A busca por assistência nas unidades de saúde ou com os profissionais de saúde mostrou-se como um cuidado com a saúde do corpo, mas, além disso, algumas falas mostraram que nessa busca pela saúde do corpo, era possível receber um cuidado na manutenção da saúde emocional e psicológica. Com relação as práticas populares de saúde, foi possível identificar um número maior dessas práticas nos encontros informais, no trabalho, nas casas, nas relações cotidianas. Seguindo Oliveira e Moraes (2010, p. 419), as práticas populares de saúde “compreendem qualquer forma de

cura que não seja propriamente biomédica, abrangendo práticas advindas da cultura popular, tais como o benzimento e as ligadas a religiões”. Desta forma, identificamos práticas como a utilização de plantas medicinais, crença religiosa enquanto apoio social, dietas como formas de tratamentos e prática das parteiras. Importante elucidar que, as práticas populares de cuidado à saúde, assim como todas as demais práticas de cuidado, não ocorrem de maneira isolada das outras práticas, mas sim, somam-se a elas numa busca por melhores soluções para os problemas enfrentados. Um exemplo são as parteiras que utilizam outros recursos como rezas, chás e banhos nas suas práticas. Embora existam muitas práticas de cuidado à saúde, percebemos que o uso de ervas medicinais é um recurso tradicional mais usado pelas famílias. Além das ervas medicinais, usadas em curativos, chás, banhos, xaropes e outros tipos de remédios, elas disseram adotar alguns cuidados especiais com a alimentação incorporando em suas dietas alguns alimentos com propriedades específicas, capazes de auxiliar no tratamento e prevenção de algumas doenças. Com relação aos processos educativos decorrentes do cuidado, consideramos que estes acontecem nas relações entre os sujeitos que cuidam e são cuidados, enquanto educam e são educados. Segundo Boff (1999): ‘Tudo começa com o sentimento. [...] Esse sentimento profundo, repetimos, se chama cuidado. Somente aquilo que passou por uma emoção, que evocou um sentimento profundo e provocou cuidado, nos deixa marcas indelévels e permanece definitivamente (BOFF, 1999, p. 01). Destacamos os processos educativos que se desenvolvem tanto dentro do próprio movimento social, como entre ele e a sociedade. A Associação de Mulheres do Assentamento Monte Alegre, enquanto movimento social é um espaço de trocas onde as mulheres se educam para a vida, enquanto cuidam da saúde, estudando, articulando mobilizações, reivindicando, organizando festas e eventos, conquistando novos espaços e possibilidades.

REFERÊNCIAS: BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 13 p. BRANDÃO, C. R. **Pesquisa Participante.** 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1981. 211p. OLIVEIRA, M. W.; MORAES, J. V. Práticas Populares de Saúde e a Saúde da Mulher. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 412-420, out./dez. 2010. OLIVEIRA, M. W.; STOTZ, E. N. **Perspectivas de diálogo entre organizações governamentais e não governamentais e instituição acadêmica: o convívio metodológico.** 27^a Reunião Anual da ANPED. Caxambu, 2004. STOTZ, Eduardo. O papel dos serviços de saúde e Enfoques de educação e saúde. In **Enfoques sobre educação popular.** Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2007. TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos. **Saberes e práticas populares de saúde: os processos educativos de mulheres camponesas.** São Carlos: UFSCar, Programa de Pós-Graduação em Educação, Dissertação (mestrado) UFSCar, 2012.

Reconhecimento: a política da cidadania

Isis Regina dos Santos Mendes

O presente trabalho apresenta reflexões acerca dos resultados obtidos na experiência de uma pesquisa de mestrado realizada no Centro Cultural Cartola, uma Ong localizada no bairro da Mangueira, que promove ações educativas e culturais visando a promoção da cidadania dos moradores da comunidade e adjacências. O projeto sociocultural contemplado para a pesquisa foi o da Orquestra de Violinos que através do ensino musical encaminha as crianças e jovens participantes a oportunidades de uma melhor condição, subjetiva e material, de suas vidas. No campo de pesquisa (o Centro Cultural Cartola e a comunidade da Mangueira) foram constatados vários elementos considerados de importância crucial para o “sucesso” de um empreendimento social como também a relevância do papel do ensino comprometido com o aluno e suas condições peculiares de vida para o melhor alcance do desenvolvimento humano. No estudo foram utilizados os conceitos do sociólogo alemão Axel Honneth que tem escrito sobre temas ligados à sociedade, incluindo os modos como ocorrem as relações sociais na atualidade, principalmente em seu viés de poder, reconhecimento social e respeito. Seus conceitos de reconhecimento e de solidariedade vêm aqui relacionados à própria atividade do projeto sociocultural da Orquestra de Violinos. O reconhecimento é constatado através de iniciativas contidas no projeto como a forma interessada e qualificada dos educadores - os professores de música que se esforçam para transmitir ensino de qualidade ao mesmo tempo em que incentivam as crianças e jovens para uma profissionalização, o que distingue de forma ímpar o trabalho educacional de uma atividade “assistencialista”. A solidariedade observada na comunidade da Mangueira explicita a força de união tão buscada em tempos individualistas e fragmentários reforçados pelos efeitos da globalização. Ao considerar a saúde em seu viés psíquico podemos cogitar que o reconhecimento das realizações do homem atua como forma de elevação da autoestima tão cara para que o sujeito se posicione de forma mais “segura” e consciente tanto ao que diz respeito aos aspectos subjetivos como em sua forma de atuar e se relacionar na sociedade. A contribuição da educação é um dos pontos proeminentes para a criação de um espaço de socialização e abertura para um mundo de oportunidades subtraídas a populações carentes de recursos materiais da nossa sociedade. A contribuição da educação é um dos pontos proeminentes para a criação de um espaço de socialização e abertura a oportunidades subtraídas a populações carentes de recursos econômicos. O acesso a cultura torna-se um meio vital para a promoção da cidadania por, dentre várias contribuições, apresentar um cenário diverso das precariedades vividas no cotidiano. O próprio trabalho empreendido pelo projeto sociocultural e toda a engrenagem movida por ele traduzo como uma luta direcionada para a transformação das vidas ali engajadas. Luta social é um conceito importante trabalhado por Honneth que o considera como meio de mobilização em defesa da dignidade humana. Cidadania e dignidade estão relacionadas por compatibilidade, pois não é possível pensar em uma sem a outra. As ações do homem que visam transformação precisam de instrumentos eficazes, precisam de muito trabalho, precisam funcionar em seu segmento político de vontade.

O presente trabalho apresenta reflexões sobre os resultados obtidos na experiência de uma pesquisa acadêmica realizada no Centro Cultural Cartola, uma Ong localizada no bairro da Mangueira, que promove ações educativas e culturais visando a promoção da cidadania dos moradores da comunidade e adjacências. O projeto contemplado para a pesquisa de mestrado foi o da Orquestra de Violinos que através do ensino musical encaminha as crianças e jovens participantes a oportunidades de uma melhor condição, subjetiva e material, de suas vidas. No campo de pesquisa (o Centro Cultural Cartola e a comunidade da Mangueira) foram constatados vários elementos considerados de importância crucial para o “sucesso” de um empreendimento social como também a relevância do papel do ensino comprometido com o aluno e suas condições peculiares de vida para o melhor alcance do desenvolvimento humano. No estudo foram utilizados os conceitos do sociólogo alemão Axel Honneth que tem escrito sobre temas ligados à sociedade, incluindo os modos como ocorrem as relações sociais na atualidade, principalmente em seu viés de poder, reconhecimento social e respeito. Seus conceitos de reconhecimento e de solidariedade vêm aqui relacionados à própria atividade do projeto sociocultural da Orquestra de Violinos. O reconhecimento é constatado através de iniciativas contidas no projeto como a forma interessada e qualificada dos educadores - os professores de música que esforçam-se para transmitir um ensino de qualidade ao mesmo tempo que incentivam as crianças e jovens para uma profissionalização, o que distingue de forma ímpar o trabalho educacional de uma atividade “assistencialista”. A solidariedade observada na comunidade da Mangueira explicita a força de união tão buscada em tempos individualistas e fragmentários reforçados pelos efeitos da globalização. Ao pensar a saúde no seu aspecto psíquico o reconhecimento da valorização das realizações do homem leva a elevação da autoestima tão cara ao sujeito para que se posicione de forma mais “segura” e consciente tanto ao que diz respeito aos aspectos subjetivos como em sua forma de atuar e se relacionar na sociedade. A contribuição da educação é um dos pontos proeminentes para a criação de um espaço de socialização e abertura para um mundo com oportunidades subtraídas a populações carentes de recursos materiais de nossa sociedade. O acesso a cultura torna-se um meio vital para a promoção da cidadania por, dentre várias contribuições, apresentar um cenário diverso das precariedades vividas no cotidiano. O próprio trabalho empreendido pelo projeto sociocultural e toda a engrenagem que ele envolve para o seu funcionamento traduzo como uma luta para a transformação das vidas ali engajadas. Luta social é um conceito importante para Honneth para que haja uma mobilização em defesa da dignidade humana. Cidadania e dignidade estão relacionadas por compatibilidade, pois não é possível pensar uma sem a outra. Qual então o aparelho que pode ser inventado para medir a pressão da artéria social humana? O presente trabalho apresenta reflexões sobre os resultados obtidos na experiência de uma pesquisa acadêmica realizada no Centro Cultural Cartola, uma Ong localizada no bairro da Mangueira, que promove ações educativas e culturais visando a promoção da cidadania dos moradores da comunidade e adjacências. O projeto contemplado para a pesquisa de mestrado foi o da Orquestra de Violinos que através do ensino musical encaminha as crianças e jovens participantes a oportunidades de uma melhor condição, subjetiva e material, de suas vidas. No campo de pesquisa (o Centro Cultural

Cartola e a comunidade da Mangueira) foram constatados vários elementos considerados de importância crucial para o “sucesso” de um empreendimento social como também a relevância do papel do ensino comprometido com o aluno e suas condições peculiares de vida para o melhor alcance do desenvolvimento humano. No estudo foram utilizados os conceitos do sociólogo alemão Axel Honneth que tem escrito sobre temas ligados à sociedade, incluindo os modos como ocorrem as relações sociais na atualidade, principalmente em seu viés de poder, reconhecimento social e respeito. Seus conceitos de reconhecimento e de solidariedade vêm aqui relacionados à própria atividade do projeto sociocultural da Orquestra de Violinos. O reconhecimento é constatado através de iniciativas contidas no projeto como a forma interessada e qualificada dos educadores - os professores de música que esforçam-se para transmitir um ensino de qualidade ao mesmo tempo que incentivam as crianças e jovens para uma profissionalização, o que distingue de forma ímpar o trabalho educacional de uma atividade “assistencialista”. A solidariedade observada na comunidade da Mangueira explicita a força de união tão buscada em tempos individualistas e fragmentários reforçados pelos efeitos da globalização. Ao pensar a saúde no seu aspecto psíquico o reconhecimento da valorização das realizações do homem leva a elevação da autoestima tão cara ao sujeito para que se posicione de forma mais “segura” e consciente tanto ao que diz respeito aos aspectos subjetivos como em sua forma de atuar e se relacionar na sociedade. A contribuição da educação é um dos pontos proeminentes para a criação de um espaço de socialização e abertura para um mundo com oportunidades subtraídas a populações carentes de recursos materiais de nossa sociedade. O acesso a cultura torna-se um meio vital para a promoção da cidadania por, dentre várias contribuições, apresentar um cenário diverso das precariedades vividas no cotidiano. O próprio trabalho empreendido pelo projeto sociocultural e toda a engrenagem que ele envolve para o seu funcionamento traduzo como uma luta para a transformação das vidas ali engajadas. Luta social é um conceito importante para Honneth para que haja uma mobilização em defesa da dignidade humana. Cidadania e dignidade estão relacionadas por compatibilidade, pois não é possível pensar uma sem a outra. Qual então o aparelho que pode ser inventado para medir a pressão da artéria social humana?

Educação popular em fisioterapia a partir de uma experiência na extensão universitária em atenção básica

Janaina Vanessa Cardoso Rodrigues

Pereira; Fosenca

As atividades de extensão universitária vêm ganhando espaço crescente no meio acadêmico, entretanto, existe concepções e ideologias diversas norteadoras destas práticas. Nos cursos de graduação em Fisioterapia, em geral, as atividades de extensão são bastante pontuais; mesmo as que funcionam de forma mais regular têm, predominantemente, um caráter assistencialista. Este trabalho se propõe a relatar uma experiência de extensão universitária do curso de Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS), que se faz presente em uma comunidade da cidade do Rio de Janeiro, onde se orienta pelos princípios da Educação Popular em Saúde. Registra-se a importância dessa experiência para a formação dos acadêmicos, no sentido de lhes possibilitar uma aproximação com a realidade social da população, vivenciando a atuação na atenção básica, estabelecendo vínculos com as pessoas e organizações da comunidade, pautados no diálogo e na responsabilidade social. A Fisioterapia vive atualmente, um processo de expansão de sua atuação que vem sendo construído coletivamente no seio da categoria, sendo assim, a Universidade Castelo Branco (UCB) através do Projeto Educação em Saúde (PES) procurou proporcionar aos seus discentes e docentes novos caminhos e novas possibilidades, para que a Fisioterapia possa contribuir com o enfrentamento dos problemas de saúde das camadas populares. A Educação Popular apresenta-se, nesse contexto, como um importante norteador para os profissionais e estudantes de Fisioterapia que compreendem saúde como direito e como conquista, e que desejam reavaliar sua prática e orientá-la em direção ao fortalecimento dos sujeitos das classes populares. Mais que um instrumental metodológico, ela é uma forma de conceder ao mundo, pois indica uma ação educativa estritamente vinculada à reflexão com perspectiva de transformação, baseada no compartilhamento, na solidariedade e no aprendizado mútuo. Atuar na atenção básica requer do profissional a compreensão de que ações específicas de sua profissão são insuficientes para dar conta dos problemas que comprometem a saúde das coletividades, mesmo que se trabalhe em uma perspectiva interdisciplinar. Além disto, atuar tendo como meta não apenas a cura ou reabilitação de doenças, mas, principalmente, a promoção e a manutenção da saúde, é uma opção que traz implicações de ordem social, econômica e política, uma vez que promover e manter saúde pressupõe assegurar moradia, emprego, alimentação, lazer, alterar as relações de trabalho e enfrentar as opressões que marcam nossa sociedade. A prática de educação em saúde é compreender que a extensão dos problemas que acometem a saúde das populações requer que o profissional repense e reorienta sua prática de saúde, e que o encaminhamento destes problemas aponta para alianças com a população no sentido de lutar por melhorias nas suas condições de vida e de saúde. É nessa segunda opção que há um espaço fértil para a Educação Popular.

Quando se discutem os caminhos para a saúde, a prevenção deve ser o objetivo maior de todas as ações de saúde e que, neste contexto, a educação é parte fundamental para que as ações preventivas tenham êxito. Sob a perspectiva da Educação Popular em Saúde, o projeto de extensão universitária denominado Projeto Educação em Saúde (PES), desenvolvido pela Universidade Castelo Branco (UCB) - desde 2010, na Unidade Básica de Saúde - Catiri, situada na cidade do Rio de Janeiro, onde tem como objetivo inserir os acadêmicos do curso de Fisioterapia a partir do 6º período nesta prática. As atividades são desenvolvidas através de (1) visitas domiciliares (VD) a partir da demanda que são trazidas pelo agente comunitário de saúde (ACS), (2) acolhimentos na própria unidade de saúde da família, (3) participação em grupos de gestantes da Pastoral da Criança, (4) grupo Amigos dos pés, direcionados aos usuários diabéticos, (5) grupo de psicomotricidade na Escola Municipal Maria Quitéria, (6) educação permanente com as equipes da unidade, (7) grupo Coluna Saudável, com orientações e alongamentos promovendo o autocuidado, (8) visitas ao Abrigo Municipal Dina Staf e outras atividades educativas desenvolvidas de forma pontual, vinculadas à realidade da comunidade. Integram-se também nesta prática, estudantes que estão nas fases mais iniciais do curso, o que tem se mostrado muito relevante no sentido de que estes alunos vivenciem uma experiência de orientação aos cuidados com a saúde, antes de aprenderem a tratar de sequelas e outras atividades educativas desenvolvidas de forma pontual, vinculadas à realidade da comunidade. Os estudantes têm um papel fundamental na organização das atividades, uma vez que eles participam do planejamento do projeto estabelecendo uma relação mais horizontalizada entre educadores e educandos, e ainda, incentivando a autonomia dos acadêmicos e a formação de lideranças. As ações realizadas partem do entendimento de que a questão da saúde tem suas raízes mais profundas nos problemas sociais, e que a educação em saúde pressupõe um compromisso com os excluídos das políticas sociais e um envolvimento na busca por melhores condições de vida. A percepção quanto à importância da participação na organização comunitária surge com a experiência na medida em que alargamos nossa compreensão em relação à problemática de saúde da comunidade. Isso nos faz reconhecer a insuficiência de nossa intervenção e a necessidade de contribuirmos com a luta pelos direitos básicos desses sujeitos como forma de garantir condições mínimas de saúde. Sendo assim, fazer educação em saúde numa perspectiva de Educação Popular é um processo de reformulação de conceitos e de reorientação de prática, e como tal, surge em alguns momentos incoerências que são próprias desse aprendizado, de fazer e pensar de modo tão diferente do que estamos acostumados. Essas incoerências se acentuam ou se reduzem na medida em que conseguimos superar o preconceito em relação aos sujeitos subalternos. Há aqui uma grande possibilidade de aproximação entre o profissional de saúde que se dedica ao trabalho na atenção básica e a Educação Popular, uma vez que esta não apenas fornece elementos teórico-metodológicos para essa atuação, mas ela também indica como um caminho, o engajamento do profissional com os movimentos sociais, sem os quais dificilmente as ações de promoção e manutenção da saúde podem ter resultados.

Atenção à saúde da mulher nas práticas complementares e populares de saúde

*Jéssica Valério Moraes
Maria Waldenez de Oliveira*

Na experiência de adoecimento e cura, a fronteira entre saúde e doença modifica-se não apenas de indivíduo para indivíduo, mas também para a mesma pessoa durante sua vida. Para inúmeras pessoas a construção do enfrentamento dos processos de adoecimento e cura perpassa não apenas entre os profissionais do sistema de saúde, ou da chamada Medicina Oficial, mas também, entre outros, por agentes “extraoficiais”, ou a chamada Medicina Popular. Os conhecimentos e crenças pertinentes à medicina popular são passados principalmente através de gerações, mais comumente entre o sexo feminino. Esta pesquisa tem por objetivos investigar os encaminhamentos que as mulheres dão aos seus problemas de saúde e aos de suas filhas, analisando de forma mais detalhada os encaminhamentos feitos às práticas complementares e populares de saúde, buscando as visões de ser humano e de mulher dessas mães e procurando interconectar com as razões dos encaminhamentos. Além de analisar as visões de ser humano e de mulher que permeiam as práticas complementares e populares de saúde procuradas pelas mães; e identificar a ocorrência de especificidades no tratamento de mulheres nas práticas procuradas. Foram realizadas entrevistas junto a mulheres com filhas também mulheres. As entrevistadas que relataram procurar práticas complementares ou populares no auxílio à saúde foram entrevistadas mais profundamente. Os praticantes indicados por estas mulheres também foram entrevistados. Três mulheres apontaram encaminhar seus problemas de saúde e os de suas filhas para três práticas distintas entre si. As práticas indicadas foram Benzedeira, Homeopatia e Igreja Congregação Cristã no Brasil. Os três praticantes relataram não haver especificidades na intervenção terapêutica para os casos de doença ou de problema de saúde tanto para homens quanto para mulheres. Palavras-chave: Medicina alternativa, Práticas populares de saúde, Saúde da mulher, Educação Popular e Saúde.

As concepções de corpo, saúde e doença, assim como as experiências com os eventos biológicos pelos quais passam os sujeitos, são construções sociais que se distinguem nos grupos sociais culturalmente diferentes e influenciam as relações existentes entre as mulheres e os homens. Para alguns grupos, os corpos femininos são percebidos como únicos, variando de uma mulher para outra, em relação às experiências durante os eventos biológicos próprios deste grupo, tais como menstruação, fecundação, gravidez e amamentação. As diferenças também ocorrem entre eventos biológicos similares que acontecem com a mesma mulher, porém, em tempos diferentes (PAIM, 1998). Tais concepções estabelecem o papel feminino ligado ao cuidado, ao domicílio, à fragilidade e à submissão. Diferentes concepções são utilizadas para explicar as diferenças existentes nas relações entre mulheres e homens quando, na verdade, estas se dão nas construções sociais

históricas relacionadas com os sexos. Com o advento do Feminismo, a mulher vem ganhando espaço e reconhecimento social e político na sociedade, isto é, seu espaço muda para fora do contexto domiciliar (LOURO, 1997). De acordo com as construções sociais de gênero no Brasil, são atribuídas às mulheres as atividades de cuidado e promoção do bem-estar da família, enquanto que aos homens são destinadas tarefas extradomiciliares, de caráter mais público e social (FAÚNDES, 1996). A mulher, exercendo o papel de personagem principal no cuidado e encaminhamento dos problemas de saúde familiares (QUEIROZ, 1991), avalia a necessidade de providenciar o cuidado ao familiar ou não e, quando houver necessidade deste, qual agente de saúde será acionado. Ou seja, a mulher é um importante “recurso de cura”, como acrescenta Oliveira, F. (1998), argumentando que é a mulher quem primeiramente decide se realmente existe a doença e em caso afirmativo, resolve as providências a serem tomadas, se é necessária ou não a busca por ajuda e qual o caminho mais adequado segundo a gravidade do caso. Esta pesquisa parte da concepção de que são as mulheres quem encaminham os problemas de saúde/doença de sua família aos mais diferentes agentes de saúde e que ensinam suas gerações a lidar com esses eventos. As concepções de doenças e de problemas de saúde também são socialmente construídas. As doenças são compreendidas como situações nas quais o sujeito torna-se incapaz de exercer suas atividades diárias e de trabalho. Já os problemas de saúde ou mal-estar são compreendidos como situações que não chegam a provocar incapacidades e, portanto, são problemas menores. No entanto, ambos, doenças e problemas de saúde, são concebidos como consequências de variáveis socioeconômicas e culturais, as quais exercem grande influência sobre a saúde do sujeito e da comunidade na qual este está inserido. Portanto, o tratamento e as explicações para as doenças e problemas de saúde não fogem do âmbito social (QUEIROZ, 1991). Na experiência de adoecimento e cura, a fronteira entre saúde e doença modifica-se não apenas de indivíduo para indivíduo, mas também para a mesma pessoa durante sua vida. Na construção do enfrentamento dessas situações, as pessoas buscam apoio não apenas nos profissionais do sistema de saúde, ou da chamada Medicina Oficial, mas também, entre outros, naqueles que Queiroz (1991) denomina de “agentes extra-oficiais”, tais como benzedores e farmacêuticos, o que seria a chamada Medicina Popular (MORAES, 2007), marcando a presença da “cultura popular” na atenção à saúde da população. Os conhecimentos pertinentes à medicina popular são passados principalmente através de gerações, mais comumente entre o sexo feminino (QUEIROZ, 1991). A literatura nacional no campo das práticas tradicionais de saúde utiliza termos variados para se referir a essas práticas, tais como ‘prática oficiais’ e ‘práticas extra-oficiais’(Queiroz, 1991), ‘medicina científica’ e ‘medicina popular’ (Loyola, 1984) e ‘medicina científica’ e ‘medicina alternativa’ (Luz, 2005). A Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006, denomina as práticas não biomédicas de “Práticas Integrativas” e inclui entre elas: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Termalismo Social/Crenoterapia. Para este trabalho chamaremos de práticas complementares aquelas definidas na Portaria e de práticas populares de saúde aquelas não elencadas na Portaria, porém popularmente tidas como práticas de saúde e advindas da cultura popular, tais como o curandeirismo, benzimento, o uso de ervas e a religião. As práticas complementares e populares de saúde foram amplamente rotuladas pela sociedade, sendo entendidas como atrasos e ignorân-

cia e contrastando com as práticas oficiais, as quais são dotadas de cientificidade e legitimidade. No entanto, sabe-se que as pessoas buscam apoio nessas práticas e nos agentes da medicina popular para o enfrentamento das situações de adoecimento e cura (MORAES, 2007). Os sujeitos não veem uma “oposição ou inviabilidade entre sistemas terapêuticos diferentes”, mas sim uma “complementaridade, sem que um enfraqueça a importância do outro”. É, no entanto, as visões desses sujeitos acerca de saúde, doença e das distintas explicações para a instalação das doenças que resultam nas escolhas dos diferentes “sistemas terapêuticos”. (LEITE E VASCONCELOS, 2006, p.120). Essas escolhas, segundo Leite e Vasconcelos (2006), não são definitivas, já que em alguns casos a prática (tanto biomédica como popular) pode não ‘fazer sentido’ para quem a procura. Portanto, a partir das experiências vividas pelos sujeitos, segundo Minayo (1988), são desenvolvidas ‘teorias populares’ para a etiologia das doenças e estas se reestruturam constantemente no contato com a biomedicina e com as práticas populares. Esta pesquisa articula-se ao grupo “Mapeamento de Práticas de Educação Popular e Saúde – MAPEPS”, ligado ao Grupo de Pesquisa “Práticas Sociais e Processos Educativos” (cadastrado no CNPq desde 1998), na Linha de Pesquisa “Educação, Participação, Direitos e Saúde” que investiga, entre outros temas, os processos educativos envolvidos no adoecimento e cura, tendo como ancoragem teórica a Educação Popular. Liga-se também ao Grupo de Pesquisa “Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Práticas em Políticas Públicas, trabalho e educação em saúde”. Esta pesquisa tem por objetivos investigar os encaminhamentos que as mulheres dão aos seus problemas de saúde e aos de suas filhas, analisando de forma mais detalhada os encaminhamentos feitos às práticas complementares e populares de saúde, buscando as visões de ser humano e de mulher dessas mães e procurando interconectar com as razões dos encaminhamentos. Além de analisar as visões de ser humano e de mulher que permeiam as práticas complementares e populares de saúde procuradas pelas mães; e identificar a ocorrência de especificidades no tratamento de mulheres nas práticas procuradas. Foram entrevistadas 6 mulheres e para aquelas que relataram o uso de práticas da medicina popular foi utilizado um roteiro semi-estruturado específico para detalhar melhor esses encaminhamentos. Em uma segunda etapa, a pesquisadora procurou os praticantes indicados pelas mulheres entrevistadas. Todas as 6 mulheres entrevistadas foram perguntadas sobre a existência de problemas de saúde e/ou doença entre as mulheres da família. Elas citaram alguns problemas de saúde e algumas soluções que deram ou costumam dar para eles. Das 6 mulheres entrevistadas, 3 relataram procurar solução para os casos de doença ou problema de saúde nas práticas complementares e populares de saúde, sendo essas práticas o Benzimento, a Igreja Congregação Cristã no Brasil e a Homeopatia. Algumas mulheres entrevistadas afirmaram tomar outras providências antes mesmo de encaminhar os problemas de saúde para aquele agente de saúde que sua experiência elege como mais adequado. Os motivos apresentados pelas mulheres entrevistadas para a procura desses agente de saúde foram pelo fato de acreditarem ou terem fé e/ou por acharem válida a prática já que possuem contato com esta desde crianças, quando suas mães as incentivaram ou as levaram até a prática. Os praticantes entrevistados demonstram que possuem uma visão mais geral sobre o que é saúde do que aquela apresentada pela biomedicina e que trabalham a saúde igualmente, não apresentando especificidades na

intervenção terapêutica com as mulheres. A atenção à saúde da mulher nas práticas complementar e populares de saúde entrevistadas se dá sem especificidades, ou seja, homens e mulheres são recebidos, diagnosticados e tratados igualmente entre si. Essa falta de especificidade, no entanto, não se aplica à visão de mulher e ao processo de adoecimento destas para esses praticantes, pois cada um aponta características específicas das mulheres. Podemos entender, então, que a mulher é percebida como possuidora de características específicas, mas quando esta é recebida nas práticas complementar e populares buscando uma intervenção terapêutica para o problema de saúde, ela é adequada à uma concepção geral de saúde, concepção esta que se assemelha à das mulheres entrevistadas. Vemos aí uma possível ligação entre a procura e a oferta de práticas complementares e populares e a visão de saúde semelhante entre quem procura (mulheres) e quem oferece (praticantes). As práticas complementar e populares falam e interpretam as doenças de um modo mais próximo ao das pessoas que as procuram, diferente da biomedicina que assume códigos e falas próprias, muitas vezes distantes da compreensão de seus pacientes. Estas práticas serão efetivas se proporcionarem um bem-estar geral para a pessoa e não somente eliminar a doença como na biomedicina, justamente o que as mulheres procuram em seu processo de cura

Referências: FAÚNDES, A.. Gênero, Poder e Direitos Sexuais e Reprodutivos. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 7, p. 661-670, ago., 1996. LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C.. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamento no cotidiano familiar. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p 113-128, jan./mar., 2006. LOURO, G. L.. A emergência do “gênero”. In: _____. **Gênero, Sexualidade e Educação: Uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. p. 14-36. MINAYO, M. C. S.. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, out./dez., 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1988000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25/05/2006. MORAES, J. V.; et al. Práticas alternativas de saúde num bairro de São Carlos, interior de SP. In: XV JORNADA DE JÓVENES INVESTIGADORES DE LA ASOCIACIÓN DE UNIVERSIDADES GRUPO MONTEVIDEO: Investigación, Integración y Desarrollo, 15., 2007, San Lorenzo – PY. **Trabajos completos de la XV Jornadas de Jóvenes Investigadores de la AUGM: Investigación, Integración y Desarrollo**. San Lorenzo: Universidad Nacional de Asunción. 2007. CD-ROM. OLIVEIRA, F. J. A.. Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, L. F. D; LEAL, O. F. **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 81-94. (Coleção Antropologia e Saúde) PAIM, H. H. S.. Marcas no Corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D; LEAL, O. F. **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 31-47. (Coleção Antropologia e Saúde). QUEIROZ, M. S.. **Representações sobre Saúde e Doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS**. – Campinas: UNICAMP, 1991. 138 p.

A prática educativa em saúde com puérperas adolescentes na atenção básica: relato de experiência

Jessyca Silva Monteiro

Bruno Augusto Corrêa Cabrira

Bruna da Silva Machado

Raí Moreira Rocha

INTRODUÇÃO: Justifica-se o seguinte estudo, pois a maioria dos estudos relativos à saúde de puérperas permanece ancorada em abordagens biomédicas e análises do fenômeno do puerpério, na maioria das vezes a partir do entendimento de que este se constitui apenas nos limites biológicos. No contexto da atenção básica no Brasil, vê-se a diversidade de práticas educativas desenvolvidas para clientes oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes nacionais, incluindo-se a atenção puerperal. Os objetivos do trabalho são: Descrever a experiência vivida por acadêmicos de enfermagem junto às puérperas adolescentes na atenção básica de saúde; Conhecer as atividades em educação realizadas pelos profissionais com puérperas adolescentes. **MÉTODOS:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa. O local foi a Policlínica Regional da Engenhoca, em Niterói – RJ. O público alvo foram adolescentes puérperas que participaram do acolhimento mãe – bebê às quintas - feiras promovido pela equipe de saúde multiprofissional em 20 dias. Entrevistas com a equipe de saúde e as mães e de acervos bibliográficos através de bibliotecas virtuais em saúde (BVS) e Scientific Electronic Library (Scielo). **RESULTADOS:** As ações educativas davam-se através de palestras com conversas, troca de informações entre a equipe e as mães, demonstrações das técnicas, orientações gerais sobre amamentação, vacina BCG e teste do pezinho e realização de avaliação puerperal gineco-obstétrica. As mães relatam que essa atividade realizada após o parto é importante e necessária, sendo um espaço de aprendizado, diálogo, esclarecimento de dúvidas, desmistificação de crenças, formação de vínculo e troca de conhecimentos e experiências. Durante os acolhimentos vivenciados, ao total foram 30 mães presentes, estando sozinhas ou acompanhadas. Dessas, 25 realizaram o pré – natal na unidade e 5 souberam dessa iniciativa e resolveram visitar para a retirada de dúvidas. É importante ressaltar que estas encontravam-se cheias de dúvidas e inseguras com essa nova condição. A equipe de saúde mostrou-se acolhedora, sabendo analisar as que se encontravam em baixas condições socioeconômicas e de como isso afetaria a qualidade de vida do binômio mãe – bebê. **CONCLUSÃO:** Esse estudo apontou para a importância do processo educativo na melhoria da atenção à saúde e qualidade de vida das puérperas adolescentes na atenção básica. Foi extremamente proveitosa essa experiência enquanto acadêmicos de enfermagem, pois pudemos visualizar o profissional de enfermagem, que tem como essência o cuidado, atuando junto com a equipe multidisciplinar em prol da melhoria da qualidade de vida dessas jovens mães. Apesar dos pontos negativos que ainda encontramos

na atenção básica, foi visível que o acolhimento com esse grupo específico funciona e faz com que exista um elo, onde no momento é visível a imaturidade e várias dúvidas para encarar esse grande desafio de ser mãe tão jovem.

Introdução: A maternidade na adolescência é um fenômeno que, a cada ano, acontece na vida de um milhão de brasileiras com menos de 19 anos. É referida como um problema de saúde pública em nosso país, sendo frequentes os relatos de aumento do índice de gestações nesta faixa etária.¹ O período da gravidez e puerpério provocam significativas transformações na vida das adolescentes e de suas famílias. Com isso, pode-se afirmar que as relações psicossociais e socioculturais sofrerão alterações, além dos riscos biológicos. Justifica-se o seguinte estudo, pois a maioria dos estudos relativos à saúde de puérperas permanece ancorada em abordagens biomédicas e análises do fenômeno do puerpério, na maioria das vezes a partir do entendimento de que este se constitui apenas nos limites biológicos. No Brasil, nas quatro últimas décadas, houve um decréscimo na taxa de fecundidade em mulheres como um todo. Já entre as adolescentes ocorreu um aumento de 26% nessa taxa.² A Organização Pan-americana de Saúde, em 1992, atribuiu o aumento do número de filhos de mães menores de 20 anos de idade à liberação sexual e à banalização da relação sexual.³ Segundo dados do Ministério da Saúde em julho de 2011, em Niterói houve 190 gestações na faixa de menores de 20 anos.⁴ Repensar os conteúdos e práticas educativas de saúde direcionadas à comunidade, incluindo a dimensão social e política do processo saúde x doença para o fortalecimento do controle social é um objetivo necessário nos processos de educação em saúde.⁵ No contexto da atenção básica no Brasil, vê-se a diversidade de práticas educativas desenvolvidas para clientes oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes nacionais, incluindo-se a atenção puerperal. Como práticas educativas na atenção puerperal incluem-se a presença de grupos para o acolhimento e de um acompanhamento avaliacional.¹ A puérpera adolescente precisa se sentir segura para compartilhar os seus conflitos emocionais e sociais e ser orientada corretamente para a manutenção sadia da sua saúde e do bebê. O objeto deste estudo é a educação em saúde na assistência a puérperas adolescentes na atenção básica de saúde. Os objetivos do trabalho são: Descrever a experiência vivida por acadêmicos de enfermagem junto às puérperas adolescentes na atenção básica de saúde; Conhecer as atividades em educação realizadas pelos profissionais com puérperas adolescentes; Métodos: Optou-se por um estudo descritivo, de campo com abordagem qualitativa, onde esta foi assumida uma vez que tornou-se importante conhecer o universo das puérperas adolescentes e também como são vivenciados os processos que enfatizam o acolhimento e avaliação puerperal, além da educação em saúde destas, dos filhos e de suas famílias. O local escolhido para o estudo foi a Policlínica Regional da Engenhoca, em Niterói – RJ. O público alvo foram adolescentes puérperas que participaram do acolhimento mãe – bebê às quintas - feiras promovido pela equipe de saúde multiprofissional composta por enfermeira, assistente social e médica no período de 20 dias. Baseou-se por relatos da equipe de saúde e das mães, de acervos bibliográficos através de bibliotecas virtuais em saúde (BVS) e Scientific Electronic Library (SciELO). Análise dos Resultados: As ações

educativas junto à equipe multiprofissional davam-se através de palestras utilizando como ferramentas a conversa, troca de informações entre a equipe e as mães, assim como a realização de demonstrações das técnicas (posição correta ao amamentar, manejo das mamas e a realização do teste do pezinho). Observou-se que as puérperas adolescentes eram inseridas em grupos de acolhimento que objetivavam a prática de compartilhar orientações gerais sobre o aleitamento materno, assim como a sua importância para a nutrição e crescimento desses recém – nascido e no estabelecimento de vínculo entre mãe – bebê. O “teste do pezinho” e a vacina BCG também foram inclusos nas orientações, onde era explicada a importância da realização e dos principais efeitos destes, enfatizando a necessidade de acompanhar o calendário de vacinação. Além disso, a realização de uma avaliação puerperal gineco-obstétrica (enfermeiro e/ou médico) após o parto a fim de certificar que as mães estão fora de situações de risco (infecções puerperais, hemorragias, complicações ginecológicas e/ou pós cirúrgicas) e presença ou não de intercorrências como icterícia e infecção de coto umbilical. As mães relatam que essa atividade realizada após o parto é importante e necessária, sendo um espaço de aprendizado, diálogo, esclarecimento de dúvidas, desmistificação de crenças, formação de vínculo e troca de conhecimentos e experiências. Durante os acolhimentos vivenciados, ao total foram 30 mães presentes, estando sozinhas ou acompanhadas. Destas, 25 realizaram o pré – natal na unidade e 5 souberam dessa iniciativa e resolveram visitar para a retirada de dúvidas. É importante ressaltar que estas encontravam-se cheias de dúvidas e inseguras com essa nova condição. A equipe de saúde mostrou-se acolhedora, sabendo analisar as que se encontravam em baixas condições socioeconômicas e de como isso afetaria a qualidade de vida do binômio mãe – bebê. Conclusão: Esse estudo apontou para a importância do processo educativo na melhoria da atenção à saúde e qualidade de vida das puérperas adolescentes na atenção básica. A realização de grupos de acolhimento com mães puérperas tem sido uma ferramenta educativa do SUS que vem dando certo. Inserir as adolescentes mães recentemente com todo o seu contexto sociocultural envolvido faz com que estas sejam acolhidas pelo serviço público. Foi extremamente proveitosa essa experiência enquanto acadêmicos de enfermagem, pois pudemos visualizar o profissional de enfermagem, que tem como essência o cuidado, atuando junto com a equipe multidisciplinar em prol da melhoria da qualidade de vida dessas jovens mães. Apesar dos pontos negativos que ainda encontramos na atenção básica, foi visível que o acolhimento com esse grupo específico funciona e faz com que exista um elo, onde no momento é visível a imaturidade e várias dúvidas para encarar esse grande desafio de ser mãe tão jovem. Referências: ¹ De Andrade P.R, Ribeiro C.A, Ohara C.V.S. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. Revista Gaúcha de Enfermagem [internet]. 2009; 30 (4): p.662-668. Acesso em: 20 janeiro 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472009000400012&script=sci_arttext> ² BRASIL. Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial: saúde de adolescentes e jovens. Brasília, 2007 ³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud reproductiva em las Américas. Ginebra: OMS, 1992. ⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 janeiro 2012. ⁵ Araújo VS, Cabral GA, Araújo IC, Holanda RCBS, Bustorff LAVC. Per-

cepção dos enfermeiros sobre educação em saúde na atenção básica [monografia]. Natal: 13º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem; 2010.

Descritores: Período pós – parto, atenção básica, educação em saúde.

Educação popular digital: perspectivas e conquistas do coletivo (re) ação na periferia de Uberlândia/MG

João Augusto Neves Pires

Arlindo José de Souza Jr.

Douglas Carvalho de Menezes

Mário Lucio Alexandre

Bruno Aparecido de Paula Paim

Raphael Martins Silva

Milena Abadia de Sousa

O presente trabalho tem o intuito de apresentar algumas questões concernentes às atividades realizadas pelo coletivo (Re)Ação na periferia da cidade de Uberlândia, com jovens estudantes do Ensino Médio. Primando pela produção coletiva através de oficinas e aulas que estabeleçam vínculos entre às mídias digitais e os conteúdos cobrados em processos seletivos para ingresso na Universidade Federal de Uberlândia, nosso coletivo busca contribuir para a formação e o empoderamento dos jovens da periferia de nossa cidade. Desta forma este texto traz algumas reflexões teórico-metodológicas pensadas pelo Grupo de Pesquisa em Educação e Culturas Populares (GPECPOP) e o Núcleo de Pesquisa em Mídias na Educação (NUPEME), os quais faz parte o coletivo (Re) Ação, como também visa problematizar as perspectivas e conquistas durante a realização de nossas ações com estes jovens.

A construção da Roda: “*Menino entra na roda. Na roda entra menino. Menino entra na roda. Pra você brincar também. (EMCANTAR, 2004)*”. Relatar algo que ocorre(u) entre um grupo de pessoas sempre é um trabalho complicado, pois se corre o risco de negligenciar sentidos, manifestações de angustias e alegrias, falas de pessoas que est(iver)am presentes e dão significado ao que ocorre. Expor e debater o resultado de experiências educacionais torna-se um grande desafio, em especial quando são concebidas para que todos os envolvidos dialoguem em igualdade (ou o mais perto possível dela). Todavia o que pretendemos com este texto é relatar e problematizar as travessias que o coletivo (Re)Ação estabeleceu no contexto da periferia de Uberlândia. Nossa história se inicia com a intervenção da UNESCO () naquela região, desenvolvendo o projeto “O bairro de meu sonho” em parceria com a ONG (Organização não governamental) Ação Moradia e com o Grupo de Pesquisa em Educação e Culturas Populares (GPECPOP). Tal ação ansiava pela coleta de dados e apontamentos para o melhoramento do bairro Morumbi e adjacentes, a fim de consolidar parcerias com diversas entidades que trabalhavam na região e com seus moradores. Deste modo durante uma semana foram desenvolvidas oficinas, rodas de conversa e compartilhamentos artísticos que (re)pensaram o bairro do sonho. O coletivo (Re)Ação surge neste contexto, como uma deman-

da dos jovens que buscavam cursos alternativos – na maioria das vezes distantes de suas casas e de alto custo, comprometendo a renda familiar - que lhes preparassem para o processo seletivo de ingresso na Universidade Federal de Uberlândia. Assim este coletivo se propôs a construir, nas dependências da ONG Ação Moradia, um curso preparatório de ingresso na universidade, contudo nossa perspectiva de trabalho fugia das propostas dos “cursinhos” convencionais, queríamos trabalhar além da perspectiva conteudista e da simples memorização do mesmo. Nesse sentido nosso grupo de professores – Graduandos, Mestrandos, Doutorandos e Professores da Universidade - acordamos que construiríamos novas maneiras de trabalho que visassem a produção coletiva, onde os estudantes fossem sujeitos ativos no processo de ensino-aprendizagem. Seguindo um campo teórico freiriano, trabalhamos com dinâmicas pensadas em reuniões do coletivo, a fim de consolidar ações diferentes dos cursos preparatórios convencionais. Nesse aspecto nossas aulas são moduladas em eixos temáticos que atravessam todas as áreas do conhecimento, construindo a partir daí maneiras de pensar as ciências humanas, exatas, da natureza e linguísticas em conjunto. A questão da água e seu uso em nosso planeta, por exemplo, torna-se fonte de discussão nas diferentes ciências, de modo que os jovens consigam estabelecer o dialogo entre estes saberes. Nesse sentido como artesões e agricultores que artisticamente estão no mundo, estudantes da Universidade Federal de Uberlândia e do Ensino Médio público, formam a tríade: ensino, pesquisa e extensão, fazendo dialogar a contemporaneidade e as classes populares, a formação docente e a construção de um coletivo que preze pelas inteligências construídas na diversidade de um grupo, onde todos tenham acesso aos saberes e sejam capazes de contribuir para o desenvolvimento coletivo. Lugares de encontro: O bairro Morumbi tem um histórico peculiar por ter sido financiado pelo poder público como conjunto habitacional destinado a famílias de baixa renda, em um contexto de forte especulação imobiliária na cidade. Localizado na Zona Leste de Uberlândia, concentra, desde sua criação, uma população de perfil socioeconômico desfavorável, “predominando no local os grupos de baixa renda, um comércio insipiente e uma carência de equipamentos públicos” (SANTOS; RAMIRES, 2009, p. 139). Segundo Rodrigues (2008) a construção deste conjunto fazia parte de um projeto político-econômico que visava o crescimento da cidade para áreas estratégicas, permitindo a especulação imobiliária e a organização urbana da mesma. Contudo, o Morumbi representa atualmente o descaso público, um bairro com poucas áreas de lazer e com altos índices de violência, agravados com a presença de dois centros de detenção em suas proximidades e outros bairros irregulares (áreas de ocupação). Desta forma percebemos que os ideais balizadores da construção de um conjunto habitacional para as classes populares na periferia da cidade estavam em consonância com os princípios propostos pela mentalidade progressista que cultivava os gestores da cidade. Os bairros populares visavam viabilizar as famílias de baixa renda a inserção na cidade progressista que se instaurava, de maneira que estes habitantes pudessem participar do sonho de uma “cidade fértil”. *“Extraordinariamente dinâmica e ordeira, [...] uma cidade cosmopolita que recebe de braços abertos todos aqueles que para aqui se dirigem a procura de trabalho ou sadios e promissores investimentos que sejam no comércio, na indústria, agroindústria, prestação de serviços ou mesmo na produção rural; enfim, em todos estes setores as oportunidades*

são múltiplas, sólidas douradoras e estimulantes (GALASSI, 2000 apud RODRIGUES, p. 47)”. Contudo esta cidade imaginada por seus gestores, como é o caso de Virgílio Galassi, sempre esteve distante da realidade vivenciada pelos moradores do bairro Morumbi e adjacentes, tornando esta região um espaço de conflito. Assim as tensões vivenciadas no bairro, nos assentamentos próximos e nas áreas de ocupações atravessam os muros da ONG, vão para as salas de aula e demonstram o descaso do Estado para com a pobreza. Esta história e este contexto social pululam no decorrer de nossos trabalhos, (des)construindo significados àquele espaço de ensino-aprendizagem. Possibilidades de acesso ao Ensino Superior: Sonhos que sonharam por nós (?). O PAAES (Programa de Ação Afirmativa de Ingresso no Ensino Superior) é uma política de cotas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), de modo que o processo de seleção passa a ser de exames seriados, para os estudantes do 1º, 2º e 3º ano do ensino médio público, a fim de preencher 25% das vagas de todos os cursos oferecidos pela universidade, assegurando, nesse sentido, o acesso de jovens estudantes da escola pública ao ensino superior. Este programa derivou do antigo PAIES (Programa Alternativo de Ingresso ao Ensino Superior) que se dedicava aos discentes do Ensino Médio, público e particular, e mantinha as mesmas vias de seleção seriada, todavia não conseguia oportunizar o acesso dos jovens de escola pública à universidade. Através da resolução N° 20/2008, vigorada em agosto do mesmo ano, a universidade direcionou a participação dos estudantes no processo seletivo PAAES apenas aqueles vinculados a rede pública de educação. Essa medida tinha por base buscar uma aproximação entre instituições de ensino Médio e Superior públicos, facilitando a inclusão social, a ampliação do financiamento federal, dentre outros. A partir de então, a medida dividiu opiniões, a exclusão dos jovens da rede particular gerou certos conflitos judiciais, além de confusões geradas pela própria universidade. Sobre essas questões o jornal local “Correio de Uberlândia” publicou a seguinte nota: *“Dez estudantes de escolas públicas de Uberlândia tiveram que se matricular na Universidade Federal de Uberlândia (UFU) para ingresso neste semestre por meio de liminares judiciais. Os alunos teriam sido aprovados pelo Programa de Ação Afirmativa de Ingresso no Ensino Superior (PAAES), destinado exclusivamente à rede pública, mas os nomes deles não apareceram nas listas de primeira e segunda chamadas divulgadas pela UFU.(CORREIO, 2012, grifo nosso)”*. Nota-se que a avaliação adotada pela Universidade Federal de Uberlândia não seguiu com exatidão as abordagens da resolução de 2008, que visava facilitar o ingresso dos alunos sócio excluídos da universidade, pois alguns tiveram que apelar ao judiciário para efetivar suas matrículas. Muitos conflitos foram gerados no primeiro ano de ingresso dos candidatos do PAAES, as escolas particulares entravam com ações contra a universidade e alunos destas instituições forçavam a aceitação de suas matrículas pela UFU. O parágrafo único do Art. 2º afirma que as medidas “deste artigo deverão garantir a inclusão social e democratização do acesso sem prejuízo da excelência e do mérito acadêmico, da autonomia universitária e dos princípios de igualdade, liberdade e democracia.” Por outro lado a realidade demonstra que, apesar do programa de ação afirmativa, as forças contrárias a estas políticas agem com propósitos claros para derrubar tal postura assumida pela universidade. Todos os anos há disputas judiciais entre os alunos oriundos de escolas particulares e a UFU para julgar a legalidade do PAAES e do acesso destes jovens de

instituições privadas pelo programa. De outro modo os jovens estudantes das escolas públicas da periferia sofrem com o descrédito da instituição em possibilitar o acesso de seus discentes no ensino superior. Verificamos esta questão durante uma roda de conversa com os jovens participantes do (Re)Ação. A fim de debater o PAAES, convidamos uma professora da UFU para apresentar as problemáticas externas e internas à universidade sobre tal política. Deste modo uma jovem durante a discussão se expressa dizendo: *“Uma certa parte do problema, é realmente do governo, por que o governo tem o conteúdo que ele elabora, ele obriga o professor a dar durante o ano [CBC (Conteúdo Básico Comum)]. O professor tem que seguir aquilo a risca, e no final do ano a gente faz uma avaliação, é, uma prova que a gente faz pra avaliar se o conteúdo que o governo tá colocando está sendo ensinado nas escolas, e se o índice dos alunos não for bom, esse desempenho é descontado no salário dos professores, então na prática (...) o professor é obrigado a dar aquele conteúdo e aquele conteúdo não supre o que é necessário pra gente prestar a prova na universidade, então é por isso que os cursinhos vem pra auxiliar geralmente esse aprendizado que a gente não teve na escola. (Arquivo do projeto)”*. Diante disso, nossa proposta de trabalho visa além de desconstruir esse discurso de incapacidade de prestarem os exames de ingresso na universidade, desmistificar esta instituição como um sonho de ingresso. Pois entendemos que o ensino superior como os outros níveis de ensino deve ser um direito a todos. Por tanto o contexto atual deve ser enfrentado com tranquilidade a fim de consolidar perspectivas de ações que transformem tal realidade. O PAAES como outras políticas de cotas sempre estarão sujeitas a críticas, já que estão no contexto da meritocracia e se colocam como ações realizadoras de sonhos, ocultando os conflitos simbólicos e políticos travados historicamente na sociedade. Concepções teóricas: A travessia através do empoderamento: A convergência que se tornou possível, durante nossos trabalhos, entre as mídias digitais [cibercultura ou cultura digital e a educação popular nos alimenta, apontando para uma prática educacional mais democrática e que valorize as diferentes experiências sem descartar as possibilidades que a cultura digital nos proporciona na contemporaneidade. Deste modo ao denominarmos essa experiência de “Educação Popular Digital” queremos expressar uma metodologia adotada pelo coletivo que veem gerando frutos interessantes em nosso ponto de vista. Contudo sabemos que as contradições e outras perspectivas de trabalho surgirão, por isso estaremos exercitando nossa abertura para o novo e não cristalizarmos. A travessia através do empoderamento parte de premissas básicas, a primeira diz respeita a inteligência coletiva que “é distribuída por toda a parte, incessantemente valorizada, coordenada em tempo real, que resulta em uma mobilização efetiva das competências” (LÉVY, 2011, p. 28), por isso tornar-se importante construir junto aos jovens das classes populares uma rede de coordenação das inteligências, fazendo com que as pessoas dialoguem sobre suas experiências passadas e as descobertas recentes. Assim praticando a dialogicidade estivemos (estamos) constituindo uma cultura onde todos compartilhem descobertas, desmitificando a relação de poder-saber e contribuindo para o empoderamento social. A respeito disso Paiva (2010) discute que: *“O que ocorre de ‘novo’ na dimensão cultural é um despertar coletivo para a possibilidade de se usar a dinâmica das interações entre os domínios da vida social, que estiveram ideologicamente separados. Convém capitalizar os benefícios trazidos – por exemplo – pela convergência entre a ciência e a tecnologia, a arte e a comunicação, os agenciamentos virtuais e os presenciais, o tra-*

balbo reflexivo-intelectual e o trabalho pragmático dos profissionais de mídia, gerando modalidades de empoderamento social. (PAIVA, 2010, p.20)” Desta forma a partir da ação ativa dos educandos durante o projeto e, por conseguinte, no processo de ensino-aprendizagem, o uso das mídias digitais têm a perspectiva de trabalho como instrumentos que “incentivam o aprendiz a buscar informações, dados e materiais necessários. Ajudam-no a selecionar, organizar, comparar, analisar e correlacionar dados e informações; a fazer inferências, levantar hipóteses, checa-las, comprova-las, reformulá-las e tirar conclusões” (MORAN; MASETTO; BEHRENS, 2000, p. 151). Assim, Pierre Lévy (1999) nos chama a atenção que o “devir da cibercultura [a cultura das mídias digitais] simplesmente não é controlável porque, na maior parte do tempo, diversos atores, diversos projetos, diversas interpretações estão em conflito” (LÉVY, 1999, p. 200), por conseguinte as vontades de poder, as ideologias, de esquerda e direita, estão a todo instante se dissimulando dentro da cibercultura, construindo e desconstruindo discursos do conhecimento, ao contrário, por exemplo, das mídias clássicas - o quadro negro; o livro; a televisão; o rádio - que eram capazes, de certa forma, de manipular/controlar informações. Por isso a utilização destes aparatos técnicos durante o processo de aprendizagem pode ser uma rica ferramenta para desmistificar as pedagogias unidirecionais, professor X aluno, e contribuir para a construção da dialogicidade onde diferentes vozes, em uma relação horizontal, estejam dispostas para a produção do conhecimento. Neste contexto acreditamos que a educação tem o compromisso em transformar realidades, de empoderar sujeitos, de melhorar espaços, criar lugares que valorizam os sujeitos críticos e sonhadores, a fim de questionar o mundo e realizar mudanças, pois “(...) quando um homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções.” (FREIRE, 1979, p. 30). Sacristan (2000) afirma que: “(...) o objeto central da prática educativa na escola deve ser o de provocar a reconstrução das formas de pensar, sentir e atuar das novas gerações, oferecendo-lhes como instrumentos ou ferramentas de trabalho os esquemas conceituais que a humanidade foi criando e que se alojam nas diferentes formas de criação cultural (SACRISTAN, 2000, p. 100)” Nessa perspectiva temos como segunda premissa a Educação Popular, a qual é nosso lócus conceitual que possibilita superar nossos anseios de pensar uma prática que valorize a produção coletiva e que “provoque a reconstrução de formas diferentes de pensar”. Brandão (2002, p. 43), defendendo uma *educação popular*, afirma que o(a) educador(a): “(...) deve saber que a multiplicação de alguns gestos simples vividos na escola, ao mudar para melhor as pessoas, haverá de participar do que constrói a multidão daqueles que participarão do tomar nas mãos o que transforma o rumo e o destino de seus mundos sociais. Mas nada disto se faz ao acaso, assim como nada de importante se realiza por decreto. Na verdade, como sempre acontece quando estamos lidando com o saber e o aprender, o que se vive é um cuidadoso e lento trabalho de lidar com momentos inesperados da experiência de vida de cada pessoa educanda”. Por conseguinte buscando essa aproximação entre produção coletiva com as mídias digitais e educação popular estamos em sala de aula e nas oficinas construindo e (re)pensando uma tecnologia educacional que problematize as relações construídas entre os sujeitos do conhecimento. (Inter)agindo coletivamente nós descobrimos possibilidades de trabalhar conteúdos com alunos do Ensino Médio, de modo que trazendo suas experiências para os espaço das aulas nós potencializamos tais conhecimentos colocando-os em

diálogo com as ciências – exatas, sociais e biológicas -, pois entendemos que “o confronto com suas experiências pessoais e coletivas é um mecanismo pedagógico de extrema relevância”(ARROYO, 2011, p. 130.) Considerações, porém não finais: Nossos anseios em um primeiro momento era trabalhar com jovens da periferia de Uberlândia a produção de conhecimento através das mídias digitais, todavia como estamos lidando com pessoas de diferentes experiências o processo de produção de conhecimento “se definem e se redefinem constantemente [transformando e dando novas direções a] todas as decisões e opções metodológicas no decorrer do próprio processo (REY, 2005)”. Desta forma durante nossa caminhada com estes jovens nos deparamos com suas dificuldades e sonhos - como é o caso do PAAES -, fazendo-nos repensar nossos trajetos. Nossas propostas (apresentada em resumo no gráfico abaixo) se firmaram na tentativa de estabelecer, no primeiro momento, um grupo de pessoas (graduandos; mestrandos; doutorandos; professores) que fossem capazes de ajudar os alunos do Ensino Médio com suas dificuldades, tendo como premissa a utilização das mídias digitais como suporte capaz de promover a produção coletiva de conhecimento. O segundo momento que desejamos consolidar é que estes jovens desenvolvam uma autonomia na produção e desenvolvimento de suas competências sem a necessidade direta de um grupo de “especialistas”. Por fim o significado dessas práticas, de mergulhar-se em experiências vividas, evidencia a importância de aproximar cada vez mais através das produções coletivas – trabalhando com as mídias digitais – os conhecimentos historicamente construídos e as vivências cotidianas que nos fazem refletir sobre o mundo. Pois como mostra ARROYO (2011, p. 121). *“Esse incondicional atrelamento entre experiências sociais, conhecimentos e significados faz parte da história da produção, reprodução, validação do conhecimento acumulado. Essa história é um conhecimento devido a ser ensinado, mostrado às novas gerações. Negar esse histórico atrelamento entre cada conhecimento em cada área, teoria e concepção, validação ou significação e as radicais indagações humanas que vêm das experiências sociais, políticas, econômicas e culturais será negar o direito ao conhecimento”*. Trabalhando e se inquietando, também crescemos e adquirimos novas experiências, enfim avançamos coletivamente. Fizemos das oficinas e atividades em sala com os jovens do Ensino Médio um lugar novo, rico em experiências e descobertas. Nesse ambiente de aprendizagem coletivo nos constituímos educadores que procuram colocar a escola a altura do seu tempo e nos tornamos navegantes e produtores desse mundo, conjugando suas imaginações e inteligências. Referências: ALENCAR, A. de F. O pensamento de Paulo Freire sobre a tecnologia: Traçando novas perspectivas. **V Colóquio Internacional Paulo Freire**, Recife, set. 2005. ARROYO, M. G. **Currículo, território em disputa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. BRANDÃO, C. R. **A educação popular na escola cidadã**. Petrópolis: Vozes, 2002. CERTEAU, M. de. **A invenção do Cotidiano: 1**. Artes de fazer. 17 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. Tradução de: Ephraim Ferreira Alvez. REDAÇÃO, D. Justiça manda matricular 28 alunos na UFU. **Correio de Uberlândia**.Uberlândia, Mar. 2012. EMCANTAR. Parangolé. In:**Multirão**. São Paulo, 2007. Disco sonoro. FREIRE, P. **Educação e mudança**. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981. FREIRE, P.; FREIRE, A. M. A.(Org.). **Pedagogia da tolerância**. São Paulo: UNESP, 2004. LÉVY, P. **A inteligência coletiva: Por uma antropologia do ciberespaço**. 7 ed. São Paulo: Loyola, 2011. Tradução de: Luiz Paulo Roua-

net. _____. **Cibercultura**. 1 ed. São Paulo: Ed. 34, 1999. Tradução de: Carlos Irineu da Costa. MASETTO, M. T. Mediação pedagógica e o uso da tecnologia. In: MORAN, J. M. et al. (Org.). **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. 10 ed. Campinas: Papirus, 2006. PAIVA, C. C. de. Metamorfoses epistemológicas no campo da Comunicação: convergências sociais e tecnológicas. In: PAIVA, C. C. de. et al. (Org.). **Afrodite no ciberespaço: A era das convergências**. João Pessoa: Marca de fantasia, 2010. RODRIGUES, H. Lutas e experiências dos moradores do bairro Morumbi: Um lugar para morar e a luta que se inicia. **Em Extensão**, Uberlândia, v.7, n.2, p. 41-51, 2008. SANTOS, M. A. F.; RAMIERES, J. C. de L. Percepção espacial da violência e do medo pelos moradores dos bairros Morumbi e Luizote de Freitas em Uberlândia/MG. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, 21 (1), p. 131-145, Abr. 2009. SACRISTAN, J. Gimeno & GÓMEZ, A. I. Pérez. **Compreender e Transformar o Ensino**. Porto Alegre: Artmed, 2000. THOMPSON, J. B. **A mídia e a modernidade: Uma teoria social da mídia**. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. Tradução de: Wagner de Oliveira Brandão ; revisão: Leonardo Avritzer. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. **Resolução nº 20/2008, do conselho Universitário**. Uberlândia, 2008, 2 p.

A luta do trabalhador em defesa do meio ambiente e suas condições de saúde: um relato de experiência

José Luis Sobrinho

Beatriz Ferreira Sobrinho

Anne Caroline Ferreira de Freitas

Joyce Gleyze de Araújo Gomes

Dáilton Alencar Lucas de Lacerda

A destruição da natureza implica na diminuição da qualidade de vida, sendo a degradação dos rios uma das causas mais influentes neste processo, afetando diretamente a população ribeirinha e esta na maioria das vezes passa a ser um poluidor direto. Neste contexto o “PVP/PB” - Projeto Vidas Paralelas Paraíba, vinculado ao Departamento de Fisioterapia da UFPB, em parceria com Ministério da Saúde e da Cultura, vem desde 2008 atuando em comunidades onde os trabalhadores residem desenvolvendo ações formativas na linha da Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador. A partir de tutorias que o projeto desenvolve, os trabalhadores são acompanhados por um grupo de estudantes, e estes passam a conhecer suas trajetórias de vida, suas ações, e lutas, colocando em prática o controle social. Alguns destes atores muitas vezes reprimidos, têm a oportunidade de serem ouvidos e apoiados em suas ideias através de diálogos e troca de saberes que a tutoria proporciona. Em um dos acompanhamentos com o Guarda Municipal Seu Luís e sua esposa Dona Beatriz Líder Comunitária e também Conselheira do Orçamento Democrático, que residem na Comunidade Pedra Branca localizada no bairro Cristo Redentor em João Pessoa-PB, relataram suas lutas e indignações frente à recuperação do Rio Jaguaribe, maior e mais importante rio do município que percorre vários bairros. Relata ainda sobre o Show Ecológico no qual conseguiu mobilizar diversos órgãos competentes e principalmente a comunidade. A partir dos relatos percebeu-se que as lutas populares são necessárias para que haja uma melhor organização social passando a influir na conscientização da população.

A preservação do meio ambiente é um dos assuntos mais comentados atualmente. Hoje a natureza está sendo degradada mais intensamente pelo homem e toda essa degradação gera inúmeras consequências, um exemplo, é a contaminação de fontes de água limpa, como o rio Jaguaribe localizado em João Pessoa – PB. Tendo sua nascente ao sul da cidade, o rio Jaguaribe percorre 21 km por vários bairros até a sua desembocadura no Oceano Atlântico. Devido a crescente expansão dos bairros, este rio vem sofrendo com o elevado número de deposições sólidas e líquidas em sua margem e diretamente na água, consequentes do aparecimento de comunidades ribeirinhas e deposições de esgotos. Este impacto negativo é causado pelo desajuste social, e a falta de programas de redução da desigualdade social. Essa situação

obriga as pessoas que vivem em condições pobreza extrema à exploração desorganizada desses recursos hídricos. Neste contexto o Projeto de Extensão Vidas Paralelas constitui uma proposta extensionista nacional para qualificação do controle social em Saúde do Trabalhador. Na Paraíba, esse trabalho de forma pioneira inseriu estudantes/tutores, não contemplada na proposta nacional. Através de tutorias o trabalhador, acompanhado e relatam suas motivações, indignações e lutas a cerca de suas experiências e usando ferramentas de tecnologias atuais como fotos, vídeos, textos digitais, postam e compartilham nacionalmente em site com outros trabalhadores. Este trabalho tem por objetivo, relatar a experiência da luta de trabalhadores em busca da preservação do rio Jaguaribe, junto a sua comunidade, a partir da experiência da tutoria do Projeto Vidas Paralelas da Paraíba (PVP-Pb). Metodologicamente a experiência se desenvolve a partir de conversas com trabalhadores da comunidade Pedra Branca, em João Pessoa – PB, com seus tutores/estudantes. Foi construído um relato com memórias das atuações de dois trabalhadores participantes do projeto e moradores da localidade: Seu Mário e Dona Francisca (codnomes), próximo à nascente do rio Jaguaribe. Este foi o cenário que esses trabalhadores desenvolveram uma luta contra a contaminação da fonte natural mais rica de seu bairro, o rio Jaguaribe. Dona Francisca, líder comunitária da Pedra Branca e conselheira do Orçamento Democrático e Seu Mário, guarda municipal, relatam suas experiências sobre a atuação em defesa do rio Jaguaribe. Moradores da comunidade há mais de 21 anos, lembraram os bons momentos que passaram as margens do rio. Naquele tempo as crianças podiam tomar banho e as mulheres lavavam suas roupas. Era uma área reservada para o lazer de toda a comunidade. Disseram que com o passar dos anos o rio passou a ser destino de diversos tipos de detritos, esgotos e depósito de lixo no leito e margens, produzidas pela própria população local. Diante da situação de extrema poluição em que o rio se encontrava, S. Mário e D. Francisca iniciaram uma ação visando alertar e conscientizar a população daquela situação. A partir da suspeita de que uma das máquinas de drenagem do rio estava quebrada e há muito tempo não haviam realizado a limpeza dos resíduos, procuraram autoridades e órgãos competentes como a EMLUR (Empresa Municipal de Limpeza Urbana), o Exército Brasileiro, IBAMA (Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis), a SUDEMA (Superintendência de Administração do Meio Ambiente) e CAGEPA ([Companhia de Água e Esgotos da Paraíba](#)), denunciando a situação. Com ajuda de todos puderam entrar no local em que a máquina se encontrava, e foi constatado de fato que ela estava quebrada, o que aumentou a indignação da população que já buscava por melhores condições de limpeza do rio. A partir desse movimento surgiu a ideia de realizar um show ecológico na comunidade às margens do rio Jaguaribe, contando com a presença de órgãos ambientais (citados acima), e membros da comunidade, Uma emissora de televisão, fez uma reportagem que alertava a população sobre as consequências de ter aquele rio poluído e como poderiam preservá-lo. Junto desse evento, a população organizou-se em grupos, para realizarem a cada oito dias o recolhimento do lixo que estava sendo depositado pela própria população às margem do rio. S. Mário e D. Francisca também conseguiram através de ofícios uma máquina para fazer a planagem próximo ao rio. Diante da impossibilidade do caminhão que faz a coleta do lixo chegar até o local, foram

disponibilizados cinco coletores de lixo fixos para a população depositar o lixo. Com o passar do tempo o lixo voltou a ser depositado próximo às margens do rio devido à falta de fiscalização, a população destruiu os coletores de lixo, o que aumentou gradativamente a degradação do local e os esgotos voltaram a ser despejados no rio, assim como os dejetos. Esta situação contribuiu para o aumento do número de casos de doenças na população ribeirinha. O sentimento de decepção e desmotivação de D. Francisca e S. Mário com a comunidade foi evidente, quando viram que a população não estava mais dando continuidade ao trabalho que haviam iniciado. Isso acarretou a volta da poluição no rio e conseqüentemente uma diminuição da qualidade de vida da população. A busca pela preservação do meio ambiente é constante na vida de indivíduos que contribuem para uma sociedade mais digna. Infelizmente ainda há pessoas, a maioria com baixo nível de escolaridade, que utilizou –e ainda utiliza- os recursos naturais sem ter a consciência e a compreensão que os danos provocados pela poluição podem trazer, a curto e a longo prazo ao meio ambiente, assim como conseqüências para saúde da comunidade. Nesse sentido continuam cobrando dos governantes uma solução. É preciso uma ação conjunta entre indivíduos que lutam pela preservação do rio e governantes, para que juntos possam conscientizar a população local. Também são necessários investimentos na recuperação da área agredida, e implantações de obras que elevem a qualidade de vida dos moradores das áreas próximas ao rio. REFERÊNCIAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. : il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). PADILHA, W. W. N. (Org.). Relatos e vivências de educação popular. João Pessoa: Idéia; 2007. 134p. 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. 420p.

Processo de seleção do PEPASF 2012: integrando novos e antigos extensionistas

Julyana de Lira Fernandes

Matheus do Amaral Meira

Victor Augusto Hernandez de Alexandria

O Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) existe há 14 anos e vem trabalhando na perspectiva da Educação Popular em Saúde na Comunidade Maria de Nazaré, em João Pessoa-PB. É desenvolvido por professores, estudantes e profissionais de diversas áreas, advindo de instituições públicas e privadas. Está articulado com as lideranças comunitárias, com a Associação Comunitária Maria de Nazaré e com a Equipe de Saúde da Família local. Como projeto de extensão universitária, está vinculado a Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência do processo seletivo do PEPASF, acontecido entre abril e maio de 2012. A cada ano, como parte natural de renovação do projeto, o processo de seleção é construído com autonomia pelos próprios extensionistas. Este ano, contamos com cerca de 170 candidatos, que disputavam 45 vagas, em duas etapas. A primeira etapa foi realizada durante um sábado e dividida em dois momentos: a visita à Comunidade, no turno da manhã, e uma Oficina sobre o PEPASF, no turno da tarde. A visita se baseou num “tour” pelos principais aparelhos sociais (n ficou estranho esse nome?) da Comunidade (Ass.Comunitária, creche e USF). Para esse passeio, o grupão foi dividido em quatro subgrupos. Depois, formaram-se rodas de conversa com esses sub-grupos, em que se discutiu as primeiras impressões dos candidatos e a importância do Projeto na história daquela Comunidade. Nessa ocasião, uma liderança comunitária foi convidada a falar. Foi perceptível a motivação dos estudantes em problematizar a realidade local e conversar sobre o papel dos extensionistas naquele lugar. O segundo momento, pela tarde, foi uma Oficina em que se apresentou um pouco da história do Projeto. Alguns profissionais “ex-pepasfianos”, estudantes atuais do projeto e alguns professores deram depoimentos sobre o significado da participação no PEPASF na sua formação profissional e pessoal. Esse foi um momento muito rico para a troca de experiências e para os novatos terem impressões mais aprofundadas sobre a importância do Projeto na formação universitária. A segunda etapa da seleção foram as entrevistas individuais, que possibilitaram uma análise mais subjetiva dos estudantes veteranos sobre as expectativas e opiniões dos candidatos quanto à intencionalidade e à metodologia do PEPASF. Nesse momento, também era avaliada a disponibilidade de horários dos candidatos. Após essas etapas, foi feita uma reunião com os estudantes do projeto, profissionais e professores em que se discutiu os critérios usados e selecionaram-se os novos extensionistas. O processo de seleção terminou no mês de maio, mas seguem agora o acolhimento e a integração dos novatos às atividades do projeto. Percebemos que a metodologia e as dinâmicas de integração usadas antes e depois do processo seletivo favoreceram e tem favorecido o vínculo e a participação entre os novos e antigos extensionistas do PE-

PASF. Nesse sentido, o processo seletivo foi formador e animador porque possibilitou um processo de construção compartilhada e de aprendizagens significativas que motivaram os participantes (antigos e novatos) ao protagonismo estudantil, característica central na condução do PEPASF.

O Projeto de Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) se propõe a desenvolver uma prática de extensão universitária fundada nos princípios da Educação Popular, vivenciando a dialogicidade na relação entre educador-educando, sistematizada por Paulo Freire, em atividades desenvolvidas junto à comunidade Maria de Nazaré, na cidade de João Pessoa-PB há 14 anos. É desenvolvido por professores, estudantes e profissionais de diversas áreas, advindos de instituições públicas e privados que são de grande relevância para reafirmar a importância da interdisciplinaridade no desenvolvimento das práticas extensionistas, contribuindo para a formação de profissionais mais humanos, críticos e reflexivos, multiplicadores de experiências em educação popular. As atividades envolvem desde encontros e participações juntamente com lideranças e movimentos sociais organizados, até a relação intersubjetiva e a construção de vínculos entre os moradores e os participantes desencadeando um processo que possibilita o comprometimento, responsabilidade e cumplicidade destes com as causas, projetos e necessidades da comunidade e das famílias, fornecendo um entendimento mais profundo do processo saúde-doença e do cotidiano das classes populares, fundamentais para a complementação de uma formação mais humanizada, crítica e reflexiva de estudantes em formação profissional. A integração com a Equipe de Saúde da Família local permite aos participantes conhecer o processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde e sua importância na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS), além de trabalhar um processo pedagógico de construção do conhecimento para os profissionais em formação universitária. Através das vivências com os Grupos de Cuidados existentes na comunidade (gestantes, adolescentes, idosos, crianças, etc.), as práticas em saúde são resignificadas para além da atenção individual, com o componente da educação popular para a saúde mediando às ações coletivas desenvolvidas. Outros projetos foram criados a partir da experiência do PEPASF, também tendo como eixo metodológico a educação popular, articulando-se em um conjunto de atividades próprias e/ou integradas, desenvolvidas na comunidade, dentre eles Projeto Fisioterapia na Comunidade, coordenado pela professora de fisioterapia da UFPB Kátia Suelly Queiroz da Silva Ribeiro; Para Além da Psicologia Clínica Clássica: Atenção à Saúde na Comunidade Maria de Nazaré orientado pela professora de psicologia da UFPB Marisia Oliveira da Silva; e Projeto de Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador, possuindo coordenador o professor de Fisioterapia da UFPB Dailton Lacerda. O PEPASF busca ainda incentivar a autonomia da comunidade e, para tanto, procura associar a intervenção familiar a uma prática coletiva e educativas, realizando reuniões com a Associação Comunitária e articulações com líderes, grupos comunitários e movimentos sociais que interagem com a comunidade e com os serviços de saúde. A comunidade mantém atividades de comissões para atuação política, nas frentes de reivindicação junto ao poder público e em demandas por moradia, saúde, educação e trabalho. Estes vários anos de atuação da UFPB propiciaram um grande fortalecimen-

to e diversificação dos movimentos populares locais. A inserção, observação e reflexão dos extensionistas na comunidade confluem para instigar a criticidade advinda da curiosidade inerente a condição humana e que em decorrência das relações de subordinação e opressão apresentadas tanto na academia quanto nos serviços de saúde é por vezes perdida. Busca-se a construção de um saber coletivo, pelo contato com realidades distintas de modo interdisciplinar, sem a existência de supremacia de nenhum dos saberes bem como das especialidades. Os projetos atuantes na Comunidade Maria de Nazaré, orientados pela educação popular, vêm participando deste processo de emancipação por parte das comunidades, através de uma inserção crítica, contribuindo principalmente nos esforços de organização popular e estruturação dos movimentos comunitários. A cada ano, como parte natural de renovação do projeto, o processo de seleção é construído com autonomia pelos próprios extensionistas. Este ano, contamos com cerca de 170 candidatos, que disputavam 45 vagas, em duas etapas. A primeira etapa foi realizada durante um sábado e dividida em dois momentos: a visita à Comunidade, no turno da manhã, e uma Oficina sobre o PEPASF, no turno da tarde. A visita se baseou num “tour” pelos principais aparelhos sociais da Comunidade (Associação Comunitária, creche e USF). Para esse passeio, o grupão foi dividido em quatro subgrupos. Depois, formaram-se rodas de conversa com esses sub-grupos, em que se discutiu as primeiras impressões dos candidatos e a importância do Projeto na história daquela Comunidade. Nessa ocasião, uma liderança comunitária foi convidada a falar. Foi perceptível a motivação dos estudantes em problematizar a realidade local e conversar sobre o papel dos extensionistas naquele lugar. O segundo momento, pela tarde, foi uma Oficina em que se apresentou um pouco da história do Projeto. Alguns profissionais “ex-pepasianos”, estudantes atuais do projeto e alguns professores deram depoimentos sobre o significado da participação no PEPASF na sua formação profissional e pessoal. Esse foi um momento muito rico para a troca de experiências e para os novatos terem impressões mais aprofundadas sobre a importância do Projeto na formação universitária. A segunda etapa da seleção foram as entrevistas individuais, que possibilitaram uma análise mais subjetiva dos estudantes veteranos sobre as expectativas e opiniões dos candidatos quanto à intencionalidade e à metodologia do PEPASF. Nesse momento, também era avaliada a disponibilidade de horários dos candidatos. Após essas etapas, foi feita uma reunião com os estudantes do projeto, profissionais e professores em que se discutiu os critérios usados e selecionaram-se os novos extensionistas. O processo de seleção terminou no mês de maio, mas seguem agora o acolhimento e a integração dos novatos às atividades do projeto. Percebemos que a metodologia e as dinâmicas de integração usadas antes e depois do processo seletivo favoreceram e tem favorecido o vínculo e a participação entre os novos e antigos extensionistas do PEPASF. Nesse sentido, o processo seletivo foi formador e animador porque possibilitou um processo de construção compartilhada e de aprendizagens significativas que motivaram os participantes (antigos e novatos) ao protagonismo estudantil, característica central na condução do PEPASF. **OBJETIVO GERAL DO PROJETO:** 1. Contribuir na percepção dos estudantes do projeto sobre o processo saúde-doença e o cotidiano das classes populares, proporcionando uma visão integral do indivíduo, respeitando a realidade da comunidade e

valorizando o saber popular; 2. Incentivar a participação dos estudantes na organização e no desenvolvimento de grupos de lutas políticas visando à melhoria das condições socioeconômicas e de saúde na comunidade; **OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PROJETO:** 1. Possibilitar aos extensionistas uma interação das esferas de ensino, pesquisa e extensão, a partir das vivências adquiridas no desenvolvimento das atividades do projeto; 2. Identificar, em conjunto com as famílias, os problemas de saúde, pessoais e sociais presentes nas mesmas, buscando soluções adequadas à realidade de cada família; 3. Apoiar as atividades da ACOMAN (Associação Comunitária Maria de Nazaré) e o fortalecimento de grupos de lutas populares locais, através da realização de reuniões com estes na Comunidade para, em conjunto, refletirmos sobre as ações executadas; 4. Manter a realização das reuniões para o aprofundamento teórico, organização das atividades do Projeto e discussão da situação das famílias e da comunidade em geral; 5. Promover uma articulação com a Equipe de Saúde da Família, participando dos Grupos de Cuidados existentes. **METODOLOGIA DO PROJETO:** O Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) desenvolve suas atividades numa perspectiva pedagógica problematizadora, se constituindo em um espaço privilegiado para a contribuição de uma formação mais crítica e reflexiva de seus participantes, empoderando-os para atuarem como protagonistas na construção do conhecimento e de sua própria formação, com base na imersão na realidade concreta das classes populares. Assim, pode-se configurar interfaces junto ao sistema de saúde e à organização dos grupos sociais, numa perspectiva dialógica entre os saberes acadêmicos e populares, com respeito aos aspectos culturais existentes na comunidade. Suas ações buscam a autonomia da comunidade, bem como a melhoria da qualidade de vida dos moradores. Essas atividades envolvem tanto orientadores e estudantes quanto moradores, que atuam sob uma perspectiva que contempla a promoção da saúde como elemento essencial ao bem-estar. Suas atividades podem ser agrupadas em quatro eixos: Vivências junto às Famílias; Atuação junto aos Grupos de Cuidados existentes na Unidade de Saúde da Família local; Interação com os movimentos sociais da comunidade e Participação em Reuniões Organizativas e Encontros Pedagógicos. O desenvolvimento destas atividades também serve como um descritor da autonomia e protagonismo dos estudantes dentro do projeto, servindo como critério de avaliação da atuação dos mesmos. **REFERÊNCIAS:** BRASIL, Ministério da Educação. CNE. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Resolução 1.133/2001 de 7 de agosto de 2001. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília, 1999. BRASIL, Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família, ano II, nº4 — p.dois, 22 a 24, 29 a 39, 56, 57. BUBER, Martin. Eu e Tu. São Paulo: 1979 CODO, Wanderley e Lane, Sílvia J. M. (orgs.), Psicologia Social. o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1989. DIAZ, Marília; FERREIRA, Lúcia. F.G; PADILHA, Wilton W. N. Ensinando e Aprendendo no Município de Sobrado, Trabalho Solidário nº 22 – Série Extensão, p. 11 a 14. FEUERWERKER, L.C.M. & CECCIM, R. B. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004. FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS – FOR-

PROEX. Extensão universitária: organização e sistematização. Coordenação Nacional do FORPROEX. Belo Horizonte: Coopmed, 2007. FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 19^o edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 30^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148 p. FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. Que fazer: teoria e prática em educação popular. 8^a ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 68 p. GÓIS, Cezar Wagner Lima. Noções de Psicologia Comunitária. Fortaleza: Edições UFC, 1993. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro 5^a edição. Hucitec, 1998. MELO NETO, J.F. Extensão Popular. João Pessoa: Editora Universitária, 2006. MORATO, Henriette Tognetti Penha. Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa. Novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. RIBEIRO. K.S.Q.S. Fisioterapia na Comunidade: a possibilidade de mudanças na formação acadêmica a partir de um projeto de extensão. In MELO NETO, J.F. (org.). Extensão Universitária – diálogos populares. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2002. VASCONCELOS, Eymard M. Educação Popular e Atenção à Saúde da Família. HUCITEC p. 19 a 31, 1997. VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O poder que brota da dor e da opressão. empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003. VASCONCELOS, Emyard; FROTA, Lia Haikal; SIMON, Eduardo (Org.) Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

Fisioterapia e saúde do trabalhador: ações reorientadas pela educação popular na atenção primária

Kamilla Maria Sousa de Castro

Santos, W. L.

Melo, R. H. B.

Lacerda D. A. L.

Na atenção primária de saúde (APS), a atuação do fisioterapeuta, vem ganhando destaque, porém percebe-se que ainda há um “distanciamento” deste trabalhador e seu espaço. Experiências construídas a partir da Educação Popular (EP) foram “apropriadas” pelo campo da saúde, dando origem a Educação Popular e Saúde (EPS). Pautadas pelo diálogo e afetuosidade, ferramentas importantes para promoção da saúde integral no campo da saúde do trabalhador (ST) e na APS, redimensionam as práticas do cuidado, contribuindo para a superação do autoritarismo e imposição de técnicas tradicionalistas.

Na *atenção primária de saúde* (APS), a atuação do *fisioterapeuta*, vem ganhando destaque, porém percebe-se que ainda há um “distanciamento” deste trabalhador nesse espaço. Frequentemente associado, de maneira equivocada, apenas à reabilitação esse trabalhador de saúde tem importante papel nas ações de promoção e prevenção nesse nível de atenção. Atividades de extensão universitária na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), fortemente comprometidas com ações na comunidade, apontam outras possibilidades que reorientam a formação em saúde tendo como “trilha” a Educação Popular e Saúde (EPS), como formas coletivas e participativas de aprendizado, pautadas pelo diálogo e afetuosidade, contribuindo para a superação do autoritarismo, do desprezo pelas reclamações do doente e da imposição de técnicas tradicionalistas, quebrando a ilusão de um saber único e de certezas definidas. O Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador (PEPAST) é uma atividade extensionista com atuação direta na comunidade Maria de Nazaré (zona sul do município de João Pessoa-PB), componente importante para o desenvolvimento potencial do protagonismo dos atores envolvidos nesse processo: trabalhadores, estudantes, professores, profissionais e serviços de saúde. Tendo como objetivo contribuir para reorientação da formação de profissionais de saúde para atuar na atenção primária; Sistematizar as experiências do PEPAST na atenção primária; Proporcionar ao fisioterapeuta um direcionamento na perspectiva da educação popular. A experiência apresenta uma proposta de construção de mecanismos inovadores de assistência em saúde, explicitado nos depoimentos dos trabalhadores, permitindo a reflexão sobre a importância das ações conjuntas e articuladas, por meio do desenvolvimento de ações humanizadas. Diante do exposto, essa experiência nos faz perceber que o campo da saúde do trabalhador (ST), assim como o SUS, ainda está numa construção contínua, enfrentando o dilema da contradição entre saúde como bem

de mercado, ainda muito presente no espaço da formação e da assistência, ou saúde como bem social, desejada por todos os que acreditam num *sistema* universal, integral e equide em relação ao cuidado. REFERÊNCIAS: RIBEIRO, K. S. Q. S. **A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia.** Cad. Cedes, Campinas, v. 29, n. 79, p. 335-346, set./dez. 2009. VASCONCELOS, E. M. Educação popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. p. 18-29 – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2007. LACERDA, D. A. L. (2011). Reorientando a atenção à saúde do trabalhador a partir da educação popular. p. 318-20. In: VASCONCELOS, E.M.; CRUZ, P.J.S.C. **Educação Popular na Formação Universitária: reflexões com base em experiências.** São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.

Conversando sobre sexualidade na escola: contribuições de uma ação educativa

Luana T MANZINI

Ananda R. MUSSELLI

Gabrieli CAMILO

Inabiá PINHEL

Keite H. SANTOS

Priscila Macedo SIMÕES

Trata-se de um relato de experiência advindo as vivências de estudantes de enfermagem com uma comunidade da periferia do município de Campinas- SP, frente as especificidades sociais e de sexualidade.

Introdução: A educação é proposta como processo global que visa à formação integral do educando, devendo incluir, a Educação Sexual como parte do processo. Muitos professores acreditam que existem dificuldades em lidar com o tema. Identificamos que a maior dificuldade é a descaracterização do diálogo, impedindo a comunicação eficaz. Este estudo trata de um relato de experiência realizado em uma instituição de educação do município de Campinas-SP no período de maio de 2011 à janeiro de 2012. **Objetivo(s):** Apresentar as contribuições advindas das ações educativas sobre a sexualidade humana em escolas municipais; Refletir a educação em saúde no enfoque multidimensional do adolescente. **Metodologia:** Foram realizados dois encontros em janeiro de 2012, com jovens entre 12 e 17 anos. Utilizaram-se técnicas grupais e dinâmicas baseadas no modelo dialógico de educação em saúde. Foram propostas ações para a educação em saúde: As dinâmicas foram baseadas no modelo dialógico de educação em saúde, propondo-se ações para refletir a educação em saúde: o enfoque multidimensional do adolescente, considerando que a dimensão social dos processos de saúde e doença está determinada pela dimensão psicológica do indivíduo, seu ser biológico e social; a importância de compartilhar com os educadores da instituição o princípio da bidirecionalidade no qual há um intercâmbio de mensagens, representações e informações entre os educadores e os grupos sociais nos quais se intervém; e a realização de atividades que viabilizem o princípio da simetria em sua elaboração e implementação, colocando os diferentes atores sociais em uma posição de maior reciprocidade sem desfigurar o papel ativo dos profissionais. **Resultados esperados:** Identificamos que a crença de que a educação sexual pode encorajar a atividade sexual nos adolescentes pode funcionar como barreira para a introdução de programas de prevenção às DST/AIDS nas escolas. Entretanto, esperamos que a abordagem do tema e sua apropriação pelos educadores torne-se um agente facilitador desta temática. **Conclusões:** A experiência demonstra a viabilidade do modelo dialógico como norteador das intervenções educativas por profissionais de saúde. A constru-

ção de estratégias que nos permitem alcançar os objetivos depende da internalização dos adolescentes como participantes do processo, tornando-se inviável oferecer-lhes soluções prontas. Esta experiência contribui para a formulação de políticas públicas no campo da prevenção e o aprimoramento de ações dos profissionais de saúde e educação, proporcionando a reflexão conjunta sobre as especificidades da comunidade em que estão inseridos de modo a amplificar e refletir junto aos adolescentes suas especificidades e individualidades.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Metodologias, Enfermagem.

As práticas pedagógicas no âmbito do mobiliza-SUS: percepção dos sujeitos envolvidos

Larissa Barros

Alba Cunha

Arlene Alves

Isabela Pinto

José Carlos da Silva

Luciana Chaves

Patrícia Dantas

Tiago Parada

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB vem desenvolvendo, desde 2008, o projeto “Fortalecimento do Controle Social e da Gestão Democrática e Participativa do SUS-Bahia – MobilizaSUS”, o qual desenvolve um conjunto de ações educativas dirigidas à formação de agentes articuladores regionais e facilitadores, visando o fortalecimento do processo de gestão participativa e controle social do SUS. A implementação desse projeto contempla o envolvimento e qualificação de um conjunto de trabalhadores lotados nas Diretorias Regionais de Saúde, os quais desenvolvem o processo de identificação, seleção e formação dos facilitadores municipais. Este trabalho tem por objetivo descrever e analisar a percepção dos sujeitos envolvidos acerca das concepções pedagógicas embutidas nas atividades realizadas no âmbito do projeto. O processo de pesquisa inclui revisão documental e realização de entrevistas em profundidade com seis articuladores regionais e quatro facilitadores municipais de saúde, cujo conteúdo foi analisado e sistematizado pelo grupo gestor do projeto. Trata-se de uma experiência de educação popular e de pesquisa participante desenvolvida por dentro de uma instituição do Estado em que o grupo gestor do MobilizaSUS, constitui-se enquanto grupo pesquisador dessa investigação. A educação surge para os sujeitos entrevistados como uma ferramenta potente de transformação podendo promover o despertar da cidadania, contribuir para a constituição de cidadãos críticos, responsáveis e pela construção de uma sociedade igualitária e solidária. As principais ações desenvolvidas pelos articuladores e facilitadores referem-se à mobilização e acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde - CMS; revisão da lei, paridade e regimentos dos CMS, discussão sobre o SUS, controle social e participação social em escolas, na câmara de vereadores, nos centros de saúde; mobilização para participar em videoconferências; organização de conferências e animação de grupos; cursos com estudantes das escolas públicas para o desenvolvimento do protagonismo juvenil na luta pela defesa do SUS. Percebe-se que as metodologias pedagógicas desenvolvidas pelo MobilizaSUS se orientam pela educação popular em saúde, na medida em que os sujeitos entrevistados revelam princípios estruturantes do pensamento freireano. Educador e

educando se movimentam no mesmo cenário e as diferenças entre eles acontecem numa relação dialógica e participativa em que a liberdade do educando não é proibida de exercer-se. Os sujeitos consideram que a sua prática no MobilizaSUS constitui-se como prática educativa, e que a mesma tem provocado mudanças no seu cotidiano de trabalho, nas conferências, nos conselhos, na atuação junto às associações, nas escolas, aos movimentos sociais, marcada por uma escuta, diálogo, construção coletiva, utilizando a poesia, a música, o teatro, como possibilidades de incorporar novas e leves tecnologias, marcadas pela liberdade de construir e de falar. Os encontros e rodas de diálogo são compreendidos como estimuladores da participação e da organização da luta pelo direito à saúde no âmbito regional e municipal. Os resultados encontrados no estudo contribuem não somente para revisitar o projeto baiano, mas, essencialmente, para reflexão sobre a importância de fazer e pensar saúde de forma solidária, democrática e próximo da realidade e necessidades da população, reafirmando a importância da EPS enquanto ferramenta essencial para formulação e implementação das políticas de saúde.

INTRODUÇÃO: A Educação em Saúde é uma prática inerente a todas as ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Como prática transversal, proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, constituindo-se enquanto dispositivo essencial para formulação e implementação da política de saúde de forma compartilhada. Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva popular, dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito histórico de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos trabalhadores e gestores da saúde diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado e gestão mais humanizados, compartilhados e integrais. A partir de 2003, um conjunto de fatos políticos revela o esforço que vem sendo desenvolvido no Ministério da Saúde para institucionalização e consolidação do saber da educação popular dentro do SUS (PEDROSA, 2007). A Educação Popular em Saúde - EPS institui-se, inicialmente, na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES). Diante de mudanças e reorientações internas na gestão em 2005, foi criada a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEPS), constituindo-se e consolidando-se enquanto lócus institucional da EPS. Ao promover o espaço para as ações de educação popular e mobilização social foi instituído em 2009 o Comitê Nacional de Educação Popular no SUS com a participação de membros e militantes da Rede de Educação Popular em Saúde e da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde, que atualmente participam da formulação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2009). Tendo em vista o fomento e capilarização dessas políticas para o âmbito estadual, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) vem implementando, desde 2008, por meio da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), através da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES) um projeto de “Fortalecimento do Controle Social e da Gestão Democrática do SUS-Bahia – MOBILIZASUS”. A implementação desse projeto envolve a formação de articuladores regionais lotados nas Diretorias Regionais de Saúde – DI-

RES, os quais desenvolvem o processo de identificação, seleção e formação dos “facilitadores” municipais, visando o fortalecimento do processo de gestão democrática, participativa e controle social do SUS. Dado o caráter inovador dessa iniciativa, justifica-se a realização de estudos sobre o processo em si, especificamente levando em consideração a escassez de estudos na Bahia que abordem experiências de educação em saúde fundamentadas nos princípios pedagógicos da educação popular. **ABORDAGEM METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, que toma por objeto a percepção dos sujeitos inseridos no processo de implementação do MobilizaSUS sobre as práticas pedagógicas desenvolvidas no âmbito do projeto, no período de 2008-2011. A partir de uma pesquisa participante, desenvolvida pelo grupo gestor do MobilizaSUS, foram realizadas 15 rodas de diálogo marcadas pela construção coletiva, solidária e no respeito às diferenças. A produção de informações privilegiou a análise documental e a realização de entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, facilitadores e articuladores integrantes da rede do MobilizaSUS. Para análise documental utilizou-se a versão do projeto, o manual e os relatórios de gestão. O roteiro de entrevista abordava questões relacionadas às concepções de educação orientadoras das práticas educativas desenvolvidas pelos sujeitos e os resultados alcançados. Realizaram-se 10 entrevistas (6 articuladores e 4 facilitadores) em quatro microrregiões de saúde. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Em seguida foi elaborada uma matriz de análise a partir de uma categorização temática. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As principais ações educativas desenvolvidas pelo MobilizaSUS são as oficinas de conformação da rede de articuladores regionais e facilitadores municipais; Educação Permanente com Conselheiros Municipais de Saúde e o Curso Participação Popular, Movimentos Sociais e Direito à Saúde com movimentos sociais de base popular e estudantes de nível superior da área da saúde (BAHIA, 2012). Observa-se que o projeto imprime características próprias à educação para o controle social no SUS-Ba, adotando concepções e princípios da EPS como orientadores das suas práticas, e amplia os processos educativos para além dos trabalhadores da saúde, incorporando movimentos sociais, conselheiros, estudantes, a Secretária de Educação do Estado e dos municípios além do Ministério Público. Ao analisar as percepções dos sujeitos da pesquisa sobre as metodologias e práticas pedagógicas desenvolvidas no âmbito do MobilizaSUS, os articuladores e facilitadores narram princípios fundamentais inerentes à “concepção de mundo” da educação popular, destacando a linguagem acessível e de fácil entendimento: *“Então é o cuidado que o Mobiliza também teve de falar; aqui por mais que o nosso material seja extraído de lá também das legislações, das resoluções, mas quando o mobiliza trás para discutir é numa linguagem popular, sem mudar uma vírgula da lei”* (Articulador). Outro elemento importante é o desenvolvimento de metodologias que facilitem o vínculo e a integração grupal: *“oficinas do Mobiliza que foi assim momento de roda, momento de música, de dinâmica, acho que momento de maior integração a gente viu”* (Articuladora) Essa polifonia de vozes revela princípios e valores que sustentam o pensamento freiriano. Os sujeitos desse estudo narram os processos educativos desenvolvidos pelo MobilizaSUS a partir das rodas de diálogo orientados pelos “círculos de cultura”, pela articulação da “linguagem-pensamento” sintonizados com a vida cotidiana do povo e sua visão de mundo, constituindo-se como meio de compreender e transformar a realidade em que vivem (FREIRE, 2005; 2010). Desta forma, percebe-se

que as metodologias desenvolvidas pelo MobilizaSUS se orientam pela educação popular em saúde, na medida em que os sujeitos entrevistados revelam princípios estruturantes do pensamento freireano. Os sujeitos ainda apresentam os encontros e rodas como estimuladores da participação e da organização da luta pelo direito à saúde. *“Ao mesmo tempo em que também estimula a participação, que aguça para a questão do exercício lícito dos direitos. Então tudo isso aí, e acontece, tudo isso aí acontece dentro de um, de uma forma metodológica”* (Articuladora)

A partir das falas dos sujeitos e relatórios de gestão analisados é possível perceber que os articuladores e facilitadores ampliaram consideravelmente o escopo de ações previstas inicialmente pelo projeto. As principais ações desenvolvidas referem-se à mobilização e acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde - CMS; revisão da lei, paridade e regimentos dos CMS, discussão sobre o SUS, controle social e participação social em escolas, na câmara de vereadores, nos centros de saúde; mobilização para participar em videoconferências; organização de conferências e animação de grupos; cursos com estudantes das escolas públicas para o desenvolvimento do protagonismo juvenil na luta pela defesa do SUS. Percebe-se que os sujeitos que compõe a rede MobilizaSUS - Grupo gestor, articuladores e facilitadores – incorporam em seus discursos diversas perspectivas de educação - problematizadora, construtivista, bancária, permanente - entretanto ao descrever e refletir sobre os processos pedagógicos dentro do projeto, apresentam princípios e valores fundamentais que sustentam a pedagogia freiriana. A educação surge para esses sujeitos como uma ferramenta potente de transformação, e, mesmo não sendo a única responsável pela diminuição das desigualdades sociais, pode promover o despertar da cidadania, contribuir para a constituição de cidadãos críticos, responsáveis, e pela construção de uma sociedade igualitária e solidária.

“Transformar é... cada um de nós em, com diz né, em cidadãos de bem, né, eu acho para que cada um tenha um vida melhor. Uma vida com dignidade, igualitária entendeu, onde todos possam ter o conhecimento dos seus direitos e também dos seus deveres...” (Facilitador).

Alguns destes sujeitos considera que a sua prática no MobilizaSUS constitui-se como prática educativa, e que a mesma tem provocado mudanças no seu cotidiano de trabalho, na participação em outros espaços coletivos - conferências, conselhos, atuação em associações, escolas, movimentos sociais - marcada por uma escuta, diálogo, construção coletiva, construção com, utilizando a poesia, a música, o teatro, como possibilidades de incorporar novas e leves tecnologias, marcadas pela liberdade de construir e de falar.

“É, é...muito do que a gente é... conseguiu ver no mobiliza, nós vamos estar procurando, quer dizer, visto e vivenciado pelo mobiliza nós vamos estar agora levando para a formação dos agentes de combate a endemias,... incorporar essas atividades... Então era... um processo muito assim é... bancário mesmo né! Então nós já estamos elaborando né a, essas oficinas, agora incorporando muitas coisas. ...então, o que a gente viu no mobiliza em termo de dinâmica, de metodologia, né, de, como se trabalhar na oficina, a gente vai buscar ta incorporando isso é nessa, nesse mesmo trabalho completo.” (Articulador).

Os resultados encontrados contribuem para revisitar o projeto e para reflexão sobre a importância de fazer e pensar saúde de forma solidária, democrática e próximo da realidade e necessidades da população, reafirmando a importância da Educação em Saúde enquanto ferramenta essencial para formulação e implementação das políticas de saúde. A pesquisa revela, portanto, os caminhos trilhados pelo Projeto MobilizaSUS e a sua contribuição no fazer EPS na Bahia. As evidências mostram avanços na gestão participativa e apontam possibilidades de reinventar o SUS na Bahia, na medida em que coloca na agenda da saúde o debate político acerca da defesa do SUS

e do direito a saúde, da participação popular e do controle social. REFERÊNCIAS: BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2011**. Salvador: SESAB. Janeiro de 2012. BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1977. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Portaria N° 1.256/GM, de 17 de Junho de 2009. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). **Diário Oficial da União. Brasília**. DF. 29. Jul. 2009. p. 51. FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro : Paz e Terra. 2005. 213 p. _____ **Educação como Prática da Liberdade**. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 2010. 158 p. PEDROSA, J. I. dos S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007, p. 12-17.

Theatron Dyonises

Leandra Alves

Dayse Cucinello

Katia Mara

Márcio Perrota

Letícia Maria Araújo Oliveira Nunes

Vitor Pordens

Nise da Silveira foi a única mulher a se formar na turma de medicina da Bahia de 1926. Teve como influências Baruch de Espinosa e Carl Jung. Estudou psiquiatria no Hospital Pedro II, Rio de Janeiro. Durante a década de 40 a prática em relação aos “doentes mentais” era utilizar eletrochoque, induzir o coma por insulina e realizar lobotomia. Entretanto, a cientista revolucionária do Engenho de Dentro negou-se a maltratar almas humanas sendo renegada à então Terapia Ocupacional, na qual a “ocupação” dada aos clientes era varrer o chão e carregar café. Nise reformulou a Psiquiatria, uma vez que trouxe quadros, tintas, argila, figurinos, voz, comunicação e expressão aos esquizofrênicos crônicos. A então Terapia Ocupacional passou a ser referida como Emoção de Lidar, termo cunhado por um cliente. Segundo a alagoana, “o que cura é a ausência de preconceito”. A partir da experiência relatada, o Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, iniciou, em março de 2012, a oficina de teatro denominada “Theatron Dyonises” no Instituto Municipal Nise da Silveira. As oficinas ocorrem semanalmente às terças de 10 às 17 horas. A metodologia base da práxis é o teatro épico-dialético do grupo Tá Na Rua, do dramaturgo e teatrólogo Amir Haddad. Sendo assim, utilizam-se músicas como facilitadoras da manifestação tanto individual quanto coletiva. Dentre os atores participantes tem-se os Agentes Culturais de Saúde, estudantes de medicina e os clientes do Instituto. Destaca-se a fala de um ator, 62 anos, morador da Residência Terapêutica desde 2007: “o que seria de mim se não fosse o teatro?”. Outra atriz, também residente, relata que antes de frequentar a oficina “ficava no setor deitada, fumando um cigarrinho”. Todos os participantes são considerados companheiros atores, afinal, como questiona Machado de Assis no conto O alienista: “quem nos afirma que o alienado não é o alienista?”. É notável a mudança de comportamento gerada pela convivência cooperativa, fundamentando a troca de saberes no diálogo e na horizontalidade, segundo conceitos freireanos. Com o intuito de dar voz e visibilidade à essa parcela da sociedade, de 9 a 31 de julho de 2012 ocorrerá nesse monumento rico em imagens arquetípicas o II Congresso Espetáculoficina da Universidade Popular de Arte e Ciência: o Auto da Paixão da Dra. Nise da Silveira, com a participação de cerca de 700 atores, pensando e agindo coletivamente pela transformação da realidade em torno dos conceitos de Pedagogia, Imunologia, Biologia, Teatro, Poesia, Ancestralidade, Liberdade, Democracia, Ética, Arte, Cultura, Ciência e Saúde.

Mamãe pinta e borda: incluindo com arte

Leda Fernandes Bertamoni

Carla Souza Baptista

O Grupo Hospitalar Conceição é o maior complexo hospitalar da região sul, situado na cidade de Porto Alegre (RS) com seu atendimento 100% SUS, garantindo a sociedade o acesso à saúde pública qualificada e humanizada, focando nas reais necessidades da população. É formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina, doze Unidades de Saúde Comunitária e três CAPS, sendo que prestam atendimento para álcool e drogas e infantil. Esse complexo hospitalar tem mais de sete mil trabalhadores, é vinculado ao Ministério da Saúde e atua integrado à rede de saúde local e regional. Mamãe Pinta e Borda é um Programa realizado pela Gerência de Administração do Hospital da Criança Conceição destinada a mães de pacientes atendidos/internados na instituição. As atividades desenvolvidas objetivam a diminuição do estresse sofrido por estas mulheres quando da internação de seus filhos e estímulo à produção de peças artesanais que venham a permitir incremento de renda, além de promover a escuta e discutir questões referentes a mulheres (direitos, violência doméstica), com profissionais especialistas nas áreas. O Programa é desenvolvido dentro da unidade hospitalar com as mães junto ao leito dos filhos ou em sala destinada a este. Crianças maiores são estimuladas a participarem das atividades junto com suas mães, transformando um momento de troca e produto, que podem gerar oportunidade de renda. O material utilizado é oriundo de doações da comunidade, de trabalhadores da instituição e das mães participantes.

Introdução: O Grupo Hospitalar Conceição é o maior complexo hospitalar da região sul, com seu atendimento 100% SUS, garantindo a sociedade o acesso a saúde pública qualificada e humanizada, focando nas reais necessidades da população. É formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina, doze Unidades de Saúde Comunitária e três CAPS, sendo que prestam atendimento para álcool e drogas e infantil. Esse complexo hospitalar tem mais de sete mil trabalhadores, é vinculado ao Ministério da Saúde e atua integrado à rede de saúde local e regional. Mamãe Pinta e Borda é um Programa realizado pela Gerência de Administração do Hospital da Criança Conceição destinada a mães de pacientes atendidos/internados na instituição. As atividades desenvolvidas objetivam a diminuição do estresse sofrido por estas mulheres quando da internação de seus filhos e estímulo a produção de peças artesanais que venham a permitir incremento de renda, além de promover a escuta e discutir questões referentes a mulheres (direitos, violência doméstica), com profissionais especialistas nas áreas. O Programa é desenvolvido dentro da unidade hospitalar com as mães junto ao leito dos filhos ou em sala destinada a este. Crianças maiores são estimuladas a participarem das atividades junto com suas mães, transformando um momento de troca e produto, que podem gerar oportunidade de renda. O material utilizado

é oriundo de doações da comunidade, de trabalhadores da instituição e das mães participantes. Objetivo: O Programa Mamãe Pinta e Borda têm como objetivos a inclusão social/econômica de mães de pacientes internado-atendidos no HCC, através do aprendizado de técnicas artesanais. Metodologia: A instituição disponibiliza uma profissional de área administrativa que tem como função ensinar técnicas de artesanato para as mães dos pacientes do HCC. Utiliza-se prioritariamente tecido, devido à facilidade de doações, com a criação de objetos como flores, fuxicos, corações e diversos. Busca-se também o trabalho com reciclagem, utilizando-se materiais disponíveis na instituição: papel, latas, tampas, etc. Os pacientes internados contam com o cuidado de suas mães, que podem desenvolver suas habilidades ao lado dos leitos, pois são disponibilizados materiais que não interfiram no tratamento destes. São realizadas oficinas na Recreação para mulheres que estão acompanhando as crianças. Ou seja, enquanto as crianças brincam, as mães podem distrair-se com atividades manuais. Quando da alta dos pacientes, muitas mulheres retornam com as crianças ao ambulatório da instituição e buscam o programa, que amplia o atendimento pelo vínculo gerado. Resultado: Percebe-se que há diminuição da ansiedade entre as mulheres que participam do programa, pois passa a conviver com as demais que também estão passando por problemas de saúde. As oficinas possibilitam troca de experiências e aprendizado, estimulando-incentivando a busca de novas perspectivas. Ter a possibilidade de gerar renda com as próprias mãos dá novas certezas a essas mulheres. A troca que esse tipo de atividade gera entre mães e filhos é enriquecedora, traz idéia de reciclagem, mostrando que sempre é possível utilizar materiais disponíveis em objetos utilitários. Conclusões: Estimular a criação de objetos de arte, fazer da escuta uma aliada na solução de problemas, é um caminho a ser trilhado. Estimular essas mulheres na busca de soluções simples para problema de renda é um desafio. Continuar a desenvolver o Programa Mamãe Pinta e Borda é a meta da Gerencia de Administração HCC.

Escola popular de saúde do Alemão

Leticia Maria Araújo Oliveira Nunes

Sandra Amado

Vitor Pordens

O Complexo do Alemão compreende 16 comunidades populares, com cerca de 4000 habitantes. No âmbito da assistência à saúde é notável a precariedade: possui 1 Unidade de Pronto Atendimento e 3 Clínicas da Família. Em relação à educação e ao lazer, são poucas as opções e os recursos: são 3 escolas do município, 1 vila olímpica e 1 mini-cinema. É notável a má questão sanitária referente à coleta de lixo. Há escassez de ambientes que estimulem o exercício criativo e conseqüentemente, a saúde integral. Tendo em vista a inércia cultural na qual está imersa grande parte dos moradores de favelas, o Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, promove saúde, cultura, arte e ciência por meio da Educação Popular em Saúde. O objetivo do presente trabalho foi relatar e refletir sobre a Escola Popular de Saúde do Complexo do Alemão, cuja sede é na Vila Olímpica Carlos Castilho, no Morro do Alemão. Trata-se de um estudo descritivo, baseado na coleta de depoimentos e relatos de experiências sistematizados em torno das opções teóricas assumidas e dos resultados conseguidos. A base de dados foi o endereço eletrônico www.nccsrio.blogspot.com. Inicialmente, realizou-se a construção dos conceitos da pedagogia freireana e da emoção de lidar silveriana com aquela que seria a Agente Cultural de Saúde, ex-Auxiliar de Controle de Endemias. Essa inseriu-se na realidade e concluiu a relevância da sua mudança de postura, exemplificada pelo relato: “o trabalho mecânico de entrar e sair das casas procurando depósitos de água deu lugar à procura de vidas latentes, ora felizes ora agoniadas, vidas com dificuldades, mas prazerosas”. Sua função atual é catalisar as ações e oficinas que são propostas durante Rodas de Conversas com lideranças comunitárias e moradores. Essa conformação é utilizada por valorizar todos os saberes, sendo interativa, inclusiva, propositiva e afirmativa. A partir do consenso, os integrantes refletem e agem sobre os problemas da comunidade. Destaca-se o grupo de mulheres que engloba cerca de 15 mulheres de meia idade que iniciaram a problematização tendo como tema gerador o excesso de lixo local. A partir do diálogo sobre sustentabilidade, a fim de melhorar a educação ambiental, promoveram mutirões de limpeza, oficina de reciclagem de inservíveis e estudo sobre plantas medicinais no Jardim Botânico. É digna de nota a experiência de uma mãe de 6 filhos, catadora de lixo, cujo quintal era foco de mosquito de dengue. Ao invés de apenas notificar, verifica-se a necessidade de conhecer a causa do problema e investigar as condições sociais que geram uma família a se sustentar daquilo que a sociedade descarta sem reutilizar. Hoje essa senhora milita com o referido Núcleo. Sendo assim, tal projeto multidisciplinar utiliza métodos pedagógicos, libertários, culturais e democráticos, trabalhando sob o paradigma do conceito ampliado de saúde e atuando no sentido de promovê-la por meio da óptica holística.

O Complexo do Alemão compreende 16 comunidades populares, com cerca de 4000 habitantes. No âmbito da assistência à saúde é notável a precariedade: possui 1 Unidade de Pronto Atendimento e 3 Clínicas da Família. Em relação à educação e ao lazer, são poucas as opções e os recursos: são 3 escolas do município, 1 vila olímpica e 1 mini-cinema. É notável a má questão sanitária referente à coleta de lixo. Há escassez de ambientes que estimulem o exercício criativo e conseqüentemente, a saúde integral. Tendo em vista a inércia cultural na qual está imersa grande parte dos moradores de favelas, o Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, promove saúde, cultura, arte e ciência por meio da Educação Popular em Saúde. O objetivo do presente trabalho foi relatar e refletir sobre a Escola Popular de Saúde do Complexo do Alemão, cuja sede é na Vila Olímpica Carlos Castilho, no Morro do Alemão. Trata-se de um estudo descritivo, baseado na coleta de depoimentos e relatos de experiências sistematizados em torno das opções teóricas assumidas e dos resultados conseguidos. A base de dados foi o endereço eletrônico www.nccsrio.blogspot.com. Inicialmente, realizou-se a construção dos conceitos da pedagogia freireana e da emoção de lidar silveriana com aquela que seria a Agente Cultural de Saúde, ex-Auxiliar de Controle de Endemias. Essa inseriu-se na realidade e concluiu a relevância da sua mudança de postura, exemplificada pelo relato: “o trabalho mecânico de entrar e sair das casas procurando depósitos de água deu lugar à procura de vidas latentes, ora felizes ora agoniadas, vidas com dificuldades, mas prazerosas”. Sua função atual é catalisar as ações e oficinas que são propostas durante Rodas de Conversas com lideranças comunitárias e moradores. Essa conformação é utilizada por valorizar todos os saberes, sendo interativa, inclusiva, propositiva e afirmativa. A partir do consenso, os integrantes refletem e agem sobre os problemas da comunidade. Destaca-se o grupo de mulheres que engloba cerca de 15 mulheres de meia idade que iniciaram a problematização tendo como tema gerador o excesso de lixo local. A partir do diálogo sobre sustentabilidade, a fim de melhorar a educação ambiental, promoveram mutirões de limpeza, oficina de reciclagem de inservíveis e estudo sobre plantas medicinais no Jardim Botânico. É digna de nota a experiência de uma mãe de 6 filhos, catadora de lixo, cujo quintal era foco de mosquito de dengue. Ao invés de apenas notificar, verifica-se a necessidade de conhecer a causa do problema e investigar as condições sociais que geram uma família a se sustentar daquilo que a sociedade descarta sem reutilizar. Hoje essa senhora milita com o referido Núcleo. Sendo assim, tal projeto multidisciplinar utiliza métodos pedagógicos, libertários, culturais e democráticos, trabalhando sob o paradigma do conceito ampliado de saúde e atuando no sentido de promovê-la por meio da óptica holística.

Escola popular de saúde do morro do Urubu

Fernando Brito

Rafael Salomão

Letícia Nunes

Vitor Pordeus

A partir da práxis da Educação Popular em Saúde, o Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro iniciou a experiência das Escolas Populares de Saúde, as quais objetivam transformar a realidade a fim de alcançar segurança ambiental, cidadania plena, direitos à saúde e à educação. Para tanto, utiliza-se a pedagogia freireana, partindo do diálogo e do convívio cooperativo durante Rodas de Conversas entre moradores de comunidades populares – favelas - e Agentes Culturais de Saúde, os quais catalisam tanto as discussões quanto as oficinas propostas pela coletividade. O presente trabalho visa relatar a experiência da Escola Popular de Saúde do Morro do Urubu que é coordenada por dois Agentes Culturais de Saúde. Esses, ao analisar o território e colher a história comunitária, identificaram encostas desmatadas e episódios de deslizamento de casas devido à ação antrópica. A partir disso, desenvolveram um projeto para que seja estimulada a consciência ambiental crítica. Em 2011 foi iniciado o “Projeto Preservar” com crianças de 7 a 10 anos, moradores da localidade, com o intuito de capacitá-los a reconhecer a importância da preservação das encostas, saber quando uma encosta encontra-se degradada e quando há necessidade do reflorestamento das mesmas, plantar e fazer a manutenção de mudas de árvores nas encostas, além de orientar seus familiares quanto ao descarte adequado dos resíduos domésticos para que seu acúmulo seja evitado nas encostas e nas vias de escoamento de águas pluviais. Em primeiro lugar, houve a experiência de dialogar sobre as causas, consequências e propostas de mudanças em relação aos deslizamento de casas construídas em encostas, tema presente na vida cotidiana, por meio de métodos lúdicos como brincadeiras e desenhos. Em segundo lugar, já na parte prática, a partir da motivação de contribuir para o reflorestamento e consequentemente para o fortalecimento do solo, as crianças experimentaram plantar seis mudas de árvores frutíferas, entre elas: araçá, pitanga, jambo e lichia em uma encosta da comunidade. O projeto apresentou os seguintes resultados: as crianças demonstraram interesse em detectar e resolver os problemas ambientais da comunidade, comprometeram-se a fazer a manutenção das mudas, assumindo responsabilidades visando a melhoria da comunidade, demonstraram entusiasmo tanto com a coleta seletiva quanto com o comprometimento com a divulgação desse hábito em seus meios de convivência e relataram o entendimento da relação do lixo com as doenças, citando exemplos em sua comunidade. Portanto, verifica-se o resultado positivo de tal experiência científica construída com base nos conceitos de Paulo Freire, cujo legado influencia as Escolas Populares de Saúde, na medida em que o relacionamento entre pessoas – profissionais de saúde e usuários - é horizontal, orientado pela escuta e pela troca de saberes, estimulando a consciência crítica e a autonomia individual.

A partir da práxis da Educação Popular em Saúde, o Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro iniciou a experiência das Escolas Populares de Saúde, as quais objetivam transformar a realidade a fim de alcançar segurança ambiental, cidadania plena, direitos à saúde e à educação. Para tanto, utiliza-se a pedagogia freireana, partindo do diálogo e do convívio cooperativo durante Rodas de Conversas entre moradores de comunidades populares – favelas - e Agentes Culturais de Saúde, os quais catalisam tanto as discussões quanto as oficinas propostas pela coletividade. O presente trabalho visa relatar a experiência da Escola Popular de Saúde do Morro do Urubu que é co-ordenada por dois Agentes Culturais de Saúde. Esses, ao analisar o território e colher a história comunitária, identificaram encostas desmatadas e episódios de deslizamento de casas devido à ação antrópica. A partir disso, desenvolveram um projeto para que seja estimulada a consciência ambiental crítica. Em 2011 foi iniciado o “Projeto Preservar” com crianças de 7 a 10 anos, moradores da localidade, com o intuito de capacitá-los a reconhecer a importância da preservação das encostas, saber quando uma encosta encontra-se degradada e quando há necessidade do reflorestamento das mesmas, plantar e fazer a manutenção de mudas de árvores nas encostas, além de orientar seus familiares quanto ao descarte adequado dos resíduos domésticos para que seu acúmulo seja evitado nas encostas e nas vias de escoamento de águas pluviais. Em primeiro lugar, houve a experiência de dialogar sobre as causas, consequências e propostas de mudanças em relação aos deslizamento de casas construídas em encostas, tema presente na vida cotidiana, por meio de métodos lúdicos como brincadeiras e desenhos. Em segundo lugar, já na parte prática, a partir da motivação de contribuir para o reflorestamento e conseqüentemente para o fortalecimento do solo, as crianças experimentaram plantar seis mudas de árvores frutíferas, entre elas: araçá, pitanga, jambo e lichia em uma encosta da comunidade. O projeto apresentou os seguintes resultados: as crianças demonstraram interesse em detectar e resolver os problemas ambientais da comunidade, comprometeram-se a fazer a manutenção das mudas, assumindo responsabilidades visando a melhoria da comunidade, demonstraram entusiasmo tanto com a coleta seletiva quanto com o comprometimento com a divulgação desse hábito em seus meios de convivência e relataram o entendimento da relação do lixo com as doenças, citando exemplos em sua comunidade. Portanto, verifica-se o resultado positivo de tal experiência científica construída com base nos conceitos de Paulo Freire, cujo legado influencia as Escolas Populares de Saúde, na medida em que o relacionamento entre pessoas – profissionais de saúde e usuários - é horizontal, orientado pela escuta e pela troca de saberes, estimulando a consciência crítica e a autonomia individual.

Celebração da saúde e da cidadania

Eduardo Rocha
Alexandre Schubert
Clara Soria
Gabriela Haviaras
Leticia Nunes
Vitor Pordens

A partir da experiência da “Ação Cultural para a Liberdade”, de Paulo Freire, o Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, tem promovido as Celebrações da Saúde e da Cidadania, as quais tem como preceitos promover saúde, prevenir doenças, estimular o sincretismo religioso, questionar os motivos da desigualdade sócio-econômica, convocar o pensar crítico e elevar a auto-estima do povo brasileiro. Esse espetáculo público ocorre mensalmente - já foram realizados 38 - e agrega entre 2 a 5 mil pessoas em torno do conceito de promoção de saúde. É instalada, por 5 horas, uma Feira Medieval de Arte e Ciência, na qual ratifica-se que todo ser humano é artista e cientista, curioso e criativo e que é possível promover saúde pública integral de qualidade. No centro, na tenda principal, atores comunitários se apresentam no espaço público, a fim de valorizar e legitimar tanto o saber quanto o protagonismo populares. No desenrolar da Celebração, apresentam-se peças de teatro, manifestadas por atores do Laboratório Tupinagô do Teatro de Revista Científica, os quais incentivam os espectadores a se utilizarem dos figurinos disponibilizados e se colocarem em movimento. A fim de catalisar os afetos e agregar participação popular desenvolve-se o teatro épico-dialético-carnavalizado, baseado na metodologia do Tá Na Rua: teatro sem arquitetura, dramaturgia sem literatura e ator sem papel, coordenado por Amir Haddad. O Conjunto Experimental Retreta do Apocalipse, composto por 12 músicos além do maestro, produz música de qualidade ao vivo durante as apresentações. Ao redor do evento principal, há tendas de parcerias que orientam sobre alimentação saudável, hanseníase, tuberculose, tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis, amamentação, controle de dengue, aferição de pressão, massagem e doação de mudas. Assim, a Celebração convoca a participação popular a discutir sobre a estrutura desumanizante e propõe a sua transformação. Esse é um dos projetos do Núcleo, os quais são baseados na pedagogia freireana e utilizam-se da Emoção de Lidar silveriana para combater à opressão. Por meio de métodos lúdicos a conscientização crítica é estimulada e a saúde integral é promovida. Por ser uma construção coletiva comunitária e emancipatória, democratiza-se e difunde-se a arte a ciência.

A partir da experiência da “Ação Cultural para a Liberdade”, de Paulo Freire, o Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, tem promovido as

Celebrações da Saúde e da Cidadania, as quais tem como preceitos promover saúde, prevenir doenças, estimular o sincretismo religioso, questionar os motivos da desigualdade sócio-econômica, convocar o pensar crítico e elevar a auto-estima do povo brasileiro. Esse espetáculo público ocorre mensalmente - já foram realizados 38 - e agrega entre 2 a 5 mil pessoas em torno do conceito de promoção de saúde. É instalada, por 5 horas, uma Feira Medieval de Arte e Ciência, na qual ratifica-se que todo ser humano é artista e cientista, curioso e criativo e que é possível promover saúde pública integral de qualidade. No centro, na tenda principal, atores comunitários se apresentam no espaço público, a fim de valorizar e legitimar tanto o saber quanto o protagonismo populares. No desenrolar da Celebração, apresentam-se peças de teatro, manifestadas por atores do Laboratório Tupinagô do Teatro de Revista Científica, os quais incentivam os espectadores a se utilizarem dos figurinos disponibilizados e se colocarem em movimento. A fim de catalisar os afetos e agregar participação popular desenvolve-se o teatro épico-dialético-carnavalizado, baseado na metodologia do Tá Na Rua: teatro sem arquitetura, dramaturgia sem literatura e ator sem papel, coordenado por Amir Haddad. O Conjunto Experimental Retreta do Apocalipse, composto por 12 músicos além do maestro, produz música de qualidade ao vivo durante as apresentações. Ao redor do evento principal, há tendas de parcerias que orientam sobre alimentação saudável, hanseníase, tuberculose, tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis, amamentação, controle de dengue, aferição de pressão, massagem e doação de mudas. Assim, a Celebração convoca a participação popular a discutir sobre a estrutura desumanizante e propõe a sua transformação. Esse é um dos projetos do Núcleo, os quais são baseados na pedagogia freireana e utilizam-se da Emoção de Lidar silveriana para combater à opressão. Por meio de métodos lúdicos a conscientização crítica é estimulada e a saúde integral é promovida. Por ser uma construção coletiva comunitária e emancipatória, democratiza-se e difunde-se a arte a ciência.

Avaliação das experiências de aprendizagem no projeto de promoção da saúde do NAI/UNATI/UERJ

Liliane Carvalho Pacheco

Maria Helena de Jesus Bernardo

Mônica de Assis

Maria Fátima de Garcia Menezes

O Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ, em parceria com o Projeto Nutrição e Terceira Idade do INU/ UERJ, há dezesseis anos vem desenvolvendo ações de cunho interdisciplinar de promoção de saúde que articula diferentes modalidades de ações educativas. Além de estimular a reflexão sobre temas de saúde e qualidade de vida, o Projeto de Promoção da Saúde contribui na formação e capacitação de multiplicadores de ações educativas e profissionais de saúde em formação, consolidando-se como ação transversal às demais ações em saúde. O projeto tem como referência conceitual o debate contemporâneo sobre promoção da saúde e envelhecimento ativo, alinhado à visão de educação em saúde na perspectiva da educação popular. Objetivos: Ampliar espaços de informação e debate que estimulem os idosos a pensar a relação corpo/vida e a atuar na direção de integrar o fazer individual e coletivo que envolve a saúde; Contribuir para despertar ou reforçar a sensibilidade de profissionais de saúde, através do exercício interdisciplinar; a produzir estudos em promoção da saúde e envelhecimento, aprofundando estratégias metodológicas e de avaliação de ações educativas em saúde. Os dados foram coletados a partir dos fragmentos de discursos dos profissionais em treinamento interdisciplinar no Projeto de Promoção da Saúde em 2011. Foram ressaltados pelos treinandos os seguintes aspectos: Expectativas diante do trabalho a ser desenvolvido no projeto; Ampliar a compreensão de como trabalhar com o idoso; Aprender a desenvolver ações em promoção da saúde na perspectiva da educação popular; Trabalhar em equipe interdisciplinar no cenário de promoção de saúde. Habilidades desenvolvidas: Coordenação do grupo tendo como ponto de partida a experiência do idoso; Prática de desenvolvimento de atividades educativas; Valorização do idoso como sujeito do processo. Conhecimentos e atitudes adquiridos: Problematização do tema proposto e das situações vivenciadas pela equipe e participantes; Aproximação da perspectiva de Educação Popular e Saúde; Troca de conhecimentos e saberes entre os membros da equipe envolvidos com a atenção a saúde do idoso. Importância para minha formação específica e em Gerontologia: Ruptura de preconceitos; Superação de limites/ dificuldades; Criação de vínculos; Aprendizado de estratégias de promoção da saúde por meio do desenvolvimento de uma linguagem acessível, informativa e atrativa visualmente. Como me vejo agora como profissional? Mais confiante em lidar com as questões referentes às especificidades dos idosos; Com visão interdisciplinar no cuidado ao idoso, valorizando a importância da troca de experiências entre os profissionais; Capaz de correlacionar teoria e prática. Minhas expectati-

vas foram atendidas quanto: Aprimoramento do exercício profissional; Aumento do senso crítico quanto aos conteúdos vinculados por meios de comunicação escrita e visual. Conclusão: A experiência se consolida como um campo de ensino e vivência estratégico para a formação profissional em gerontologia. O desenvolvimento de habilidades, conhecimento e atitudes de profissionais envolvidos na atenção integral a saúde do idoso se compromete com o desafio da sociedade e do Estado em enfrentar o acelerado processo de envelhecimento populacional brasileiro.

Introdução: O Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ, em parceria com o Projeto Nutrição e Terceira Idade do INU/ UERJ, há dezesseis anos vem desenvolvendo ações de cunho interdisciplinar de promoção de saúde que articula diferentes modalidades de ações educativas. Além de estimular a reflexão sobre temas de saúde e qualidade de vida, o Projeto de Promoção da Saúde contribui na formação e capacitação de multiplicadores de ações educativas e profissionais de saúde em formação, consolidando-se como ação transversal às demais ações em saúde. O projeto tem como referência conceitual o debate contemporâneo sobre promoção da saúde e envelhecimento ativo, alinhado à visão de educação em saúde na perspectiva da educação popular. O trabalho pauta-se numa visão de saúde articulada à qualidade de vida e concebe a educação como diálogo, troca de experiências, parceria, respeito ao outro, reflexão, problematização da realidade e busca de alternativas/escolhas possíveis. Objetivos: Ampliar espaços de informação e debate que estimulem os idosos a pensar a relação corpo/vida e a atuar na direção de integrar o fazer individual e coletivo que envolve a saúde; Contribuir para despertar ou reforçar a sensibilidade de profissionais de saúde, através do exercício interdisciplinar; a produzir estudos em promoção da saúde e envelhecimento, aprofundando estratégias metodológicas e de avaliação de ações educativas em saúde. Metodologia: Os dados foram coletados a partir dos fragmentos de discursos dos profissionais em treinamento interdisciplinar no Projeto de Promoção da Saúde em 2011, durante a avaliação da participação dos treinandos nas ações do projeto. A equipe participante do projeto incluiu as seguintes áreas: nutrição, serviço social, fonoaudiologia, farmácia, psicologia e pedagogia. Resultados: Foram ressaltados pelos treinandos os seguintes aspectos: Expectativas diante do trabalho a ser desenvolvido no projeto: Aprender a coordenar um grupo; Ampliar a compreensão de como trabalhar com o idoso, envolvendo as relações intergeracionais; Praticar o uso da linguagem acessível ao idoso; Aprender a desenvolver ações em promoção da saúde na perspectiva da educação popular; Trabalhar em equipe interdisciplinar no cenário de promoção de saúde, trocando experiências com outros profissionais; Exercitar a criatividade e desenvolver habilidades em comunicação visual. Habilidades desenvolvidas: Aprender o exercício da escuta; Coordenar o grupo tendo como ponto de partida a conciliação entre a experiência do idoso e o saber específico (metodologia participativa); Respeitar as diferenças; Desenvolver atividades educativas (planejamento, relato, avaliação, pesquisa de material de referência); Desenvolver dinâmicas apropriadas ao público-alvo; Valorizar o idoso como sujeito do processo; Exercitar o trabalho em equipe; Usar adequadamente a comunicação escrita e visual. Conhecimentos e atitudes adquiridos: Postura participativa;

Criatividade; Capacidade de problematização do tema proposto e das situações vivenciadas pela equipe e participantes; Conhecimentos de novas temáticas não específicas da área de atuação; Aproximação da perspectiva da Educação Popular e Saúde; Atenção quanto ao uso da imagem e da linguagem na confecção de murais; Troca de conhecimentos e saberes entre os membros da equipe e demais profissionais envolvidos com a atenção à saúde do idoso, para melhor adequação do conteúdo ao perfil do público atendido. Importância para minha formação específica e em Gerontologia: Ruptura de preconceitos – tratar o idoso como sujeito do conhecimento; o idoso é protagonista da sua própria história, toma decisões sobre a sua vida (sujeito de ação); Superação de limites/ dificuldades; Criação de vínculos; Reafirmação de algumas orientações que a formação específica coloca; Contato com temáticas relacionadas à área do envelhecimento; Aprendizado de estratégias de promoção da saúde por meio do desenvolvimento de uma linguagem acessível, informativa e visualmente atrativa. Como me vejo agora como profissional? Mais confiante para lidar com as questões referentes às especificidades dos idosos; Apto a transmitir o conhecimento técnico a partir da vivência do idoso de forma clara e acessível; Com visão interdisciplinar no cuidado ao idoso, valorizando a importância da troca de experiências entre os profissionais; Capaz de correlacionar teoria e prática. Minhas expectativas foram atendidas quanto a: Compreender a importância de valorizar o conhecimento em saúde do idoso e as trocas de experiências com outros profissionais de saúde; Aprimorar o exercício profissional; Aumentar o senso crítico quanto aos conteúdos vinculados por meios de comunicação escrita e visual. Conclusão: A experiência se consolida como um campo de ensino e vivência estratégico para a formação profissional em gerontologia e em ações educativas em saúde. O desenvolvimento de habilidades, conhecimento e atitudes de profissionais envolvidos na atenção integral a saúde do idoso se compromete com o desafio da sociedade e do Estado em enfrentar o acelerado processo de envelhecimento populacional brasileiro.

Liga de educação em saúde: educação popular através de experiências no asilo dos pobres

Luan Menezes Dantas
Clarissa Resende Corrêa

O trabalho relata as experiências vividas pelos acadêmicos da Liga de Educação em Saúde em um asilo em Rio Grande. Nele mostramos relatos e comentários do que foi visto e aprendido pelos estudantes e do que foi percebido pelos idosos. Entendemos que sem aproximação a educação não tem sentido e que para se conseguir tal feito, é necessário entender e adentrar no universo da comunidade em que se dialoga. Buscando isso, adotamos a metodologia sistematizada por Paulo Freire, a educação Popular. Possuímos reuniões semanais, teóricas, em que são lidos e discutidos textos, os quais nos dão suporte para as atividades práticas. Os textos abordam temas relacionados aos nossos propósitos de adquirir conhecimentos sobre processo de ensinagem, portanto são lidos Paulo Freire, Eymard Vasconcelos, textos sobre antropologia médica etc. Nas experiências de cunho prático, são visitadas comunidades, como o asilo, em que desenvolvemos esse trabalho de emancipação e conscientização mútua. Construimos com eles cada abordagem e cada encontro, aos poucos o aprender e o ensinar são conseguidos juntos. Os encontros são semanais e buscamos fazer discussões sobre tais encontros ao final das reuniões teóricas. Tais discussões são comentadas e criticadas pelo coordenador do projeto, o qual possui maior experiência nessa área, e pelos demais participantes da LES, construindo assim um enriquecedor ambiente de construção de saberes. Temos por objetivo estimular a promoção e prevenção da saúde com a participação de estudantes na discussão do assunto, contribuindo com a comunidade para a conscientização do autocuidado em saúde. Em relação ao grupo dos idosos em específico, quebramos a ideia de que eram apáticos em relação aos obstáculos que os afligiam, percebemos assim as diversas formas encontradas para superar estes problemas. Buscamos, através do questionamento e diálogo, oferecer novas formas de pensar e viver, sempre com eles e não para eles. Assim o maior resultado da LES não foi ensinar ou aprender, mas juntar essas duas palavras e fazer com que utilizássemos uma nova, mais adequada, “ensinagem”.

A importância da educação popular como ferramenta para a promoção da saúde tem crescido nos últimos anos no Brasil. Segundo Eymard Vasconcelos, em Educação Popular e atenção à saúde da família, página 31, “...para o setor saúde brasileiro, a participação histórica no movimento da educação popular foi marcante na criação de um movimento de profissionais que busca romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população”. Através da experiência e do contato a Liga de Educação em Saúde (LES) busca diminuir a distância que hoje existe entre a comunidade e a universidade e para tanto utiliza embasamento teórico de Paulo Freire, Eymard Vasconcelos, dentre outros estudiosos da Educação Popular. No âmbito prático, são promovidos encontros com a comuni-

dade, entre outros em um asilo, na cidade de Rio Grande. Buscamos sempre promover encontros com eles e não para eles e para que isso seja possível referências de seus universos são utilizadas. Na primeira reunião procuramos colocar músicas que agradecem a eles. Nada foi falado sobre questões técnicas de saúde, o objetivo principal era conhecê-los. Ao final, cada estudante sabia um pouco da história de cada idoso do asilo. “Aquela senhora ali dançava e até já ganhou concursos de beleza”. “Olha, aquela ali sente muita falta da família”. Assim, aos poucos, íamos entendendo com eles as aflições e problemas de suas vidas. A relação construída entre a LES e os residentes do asilo não se baseava em na dicotomia educadores e educados. Nada era aprendido sem que se ensinasse algo e nada ensinado sem que se aprendesse algo. Aos poucos conhecemos, através da experiência, a necessidade de trocar as palavras aprendizagem e ensino por ensinagem. Em uma segunda reunião decidimos nos dividir para que pudéssemos conversar mais profundamente com cada um deles. Uma senhora nos surpreendeu. Ela estava no canto do quarto, quieta, e então um dos integrantes da LES puxou assunto. A princípio disse que conversaria, mas não se mostrou muito entusiasmada. “Eu não faço nada, não penso, eu só fico aqui”. Logo ela comentou sobre sua grande frustração por não poder morar sozinha, ou sair quando quisesse. “Você é livre, pode sair a hora que quiser, eu preciso esperar o horário de visitas”. Outro grande ponto que a deixava triste era a solidão. “Meu marido faleceu”. Para contornar e tentar consolar foi dito que ele ainda vivia nas lembranças dela. “Olha só, minha mãe não mora aqui, eu não a vejo, mas ela está em meus pensamentos”. Não contente a senhora questionou. “Sim, mas ela existe, meu marido não existe mais”. Dito isso, se pôs a chorar e pediu que o estudante se retirasse. Quando questionada sobre o porquê disso, disse apenas, antes que o aluno se despedisse, que queria pensar. “Quero pensar em mim”. A educação popular deve proporcionar uma reflexão conscientizadora. Após o encontro no asilo, percebemos e entendemos, com os idosos, os problemas que os atingiam, quase todos devido à institucionalização. Todos já devem ter ouvido falar disso, ou até lido sobre esse problema, mas a experiência do viver isso permite uma aproximação entre os que convivem com o problema e os que estão fora de tal problema. Porém, em momento algum introduzimos problemas ou impusemos soluções para tais problemas. Ao olhar de perto, notamos que apesar de “a priori” os idosos aparentarem apatia e inapetência, o que existe na verdade é uma incrível manifestação de criatividade e vontade. Uma senhora se arrumava todo dia, e estava muito feliz pois haveria uma festa naquele final de semana. Uma outra se orgulhava de tomar iogurte e comer frutas para manter “a saúde em dia”, como ela própria disse. Um casal inclusive namorava no idoso. A partir de tais constatações procuramos sempre fortalecer o vínculo, conversamos e conhecemos onde eles vivem, a princípio a apresentação foi feita por uma enfermeira responsável pelo lugar, e conforme íamos melhorando nossa relação, eles próprios nos mostravam o asilo, seus amigos, lugares preferidos, sempre comentando o que faziam, ou o que não faziam, o porquê de não fazerem, com quem conversavam, com quem não conversavam etc. Aos poucos fomos introduzidos em seu universo. O grande problema enfrentado por nós ocorreu nesse ponto. Uma vez fazendo parte desse universo, tentamos construir com eles, soluções para os problemas que incomodavam a eles. Sendo o local onde se encontravam repletos

de regras e estando todos em uma idade já avançada, boa parte de seus incômodos, surgiam de sua condição, que em um primeiro momento se mostrou estática e difícil de se alterar. Chegamos em um ponto em que o muro parecia alto demais para ultrapassarmos. É aqui que entra a segunda parte da LES. Nos encontros presenciais com os integrantes, colocamos os problemas encontrados por nós e ouvimos soluções do coordenador, o qual possui mais experiência com educação popular e dos outros integrantes da LES. Por fim, concluímos que a educação popular se constrói através do uso de várias ferramentas, sendo indispensável a experiência. Por meio desta, não só observamos os problemas, como os vivemos com a comunidade em que eles existem. Podemos compreender os métodos que utilizam para superá-los e os saberes que possuem. Quebramos a ideia de saber nada, ou de saber menos, identificadas como falsas por Paulo Freire. Terminamos por percebendo que educação popular não é para todos, mas como todos.

Monitoria da disciplina Tópicos de Extensão Popular e Saúde: relato de uma experiência

Luana Lima Guimarães

Maria Francilene Leite

Kátia Sueby Queiroz Silva Ribeiro

Patrícia Serpa de Souza Batista

Resumo: Extensão popular é um tipo de extensão universitária que utiliza a metodologia da Educação Popular e busca inserir o estudante no meio comunitário, popular. Dessa maneira, o contato com o cotidiano das classes marginalizadas permite que o estudante desenvolva o olhar crítico, percebendo a origem social das desigualdades e um jeito diferente de conduzir e vivenciar o trabalho social na universidade. A disciplina Tópicos de Extensão Popular e Saúde foi oferecida como créditos optativos aos estudantes da área de saúde durante o segundo período de 2011, objetivando o fortalecimento teórico-prático da Educação Popular em Saúde. Assim, a atividade de monitoria daquela disciplina foi feita por meio da abordagem teórica em sala de aula, acompanhamento dos estudantes ao campo prático (Comunidade Maria de Nazaré e Grotão) e nas reuniões dos projetos de extensão popular vinculados à disciplina. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de uma estudante de Enfermagem na monitoria da disciplina Tópicos de Extensão Popular e Saúde oferecida pelo Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba. No início das aulas, 14 estudantes estavam matriculados na disciplina, ou seja, todas as vagas foram preenchidas, demonstrando o total interesse dos estudantes pela proposta. No entanto, no decorrer do semestre houve várias desistências devido ao choque de horário com outras disciplinas oferecidas pela grade curricular obrigatória, permanecendo apenas 4 estudantes. Assim, percebeu-se que os estudantes que permaneceram matriculados relutaram contra o que era imposto pela universidade por desejarem uma experiência curricular inovadora, contrapondo-se aos métodos tradicionais de ensino. Mesmo com poucos integrantes, as atividades propostas foram concretizadas normalmente, sendo realizados encontros teóricos e práticos, retirada de dúvidas individual ou coletivamente e sugestões bibliográficas. Com a prática da monitoria, percebeu-se a curiosidade dos estudantes pelo novo, o gosto pela a forma de abordagem dos conteúdos (rodas de conversas, diálogo horizontal) e o encantamento pela prática da Educação Popular em Saúde (as visitas domiciliares, o vínculo, a escuta qualificada, o compartilhamento de experiências junto à comunidade). O trabalho de monitoria é uma experiência importante para o aprendizado por proporcionar a troca de saberes, ampliando o conhecimento acerca das temáticas abordadas e uma maior associação teoria-prática pelo que surge no debate; por possibilitar, na prática, o desenvolvimento da metodologia da educação popular em sala de aula o que para muitos professores torna-se um desafio; pela prática da docência por meio do planejamento de

aulas e da associação ensino-pesquisa e; por contribuir para que outros estudantes tenham uma formação profissional diferenciada, buscando o caminho da justiça e da igualdade, bem como o compromisso social. Assim, espera-se que outros estudos sejam realizados a fim de apreender a importância da Educação Popular em Saúde para o ensino universitário e assim propor mudanças curriculares inovadoras para os cursos de saúde.

A extensão constitui, junto à pesquisa e o ensino, a base para a formação universitária. No espaço universitário deparamo-nos com diversas atividades de extensão, muitas de caráter fortemente assistencialista. No entanto, há outro tipo de extensão conhecida como Extensão Popular que, pautada nos preceitos da Educação Popular (EP), visa à aproximação com os espaços comunitários marginalizados, tendo como pressuposto básico a transformação social por meio da prática educativa dialógica que não se propõe a estender conhecimentos às pessoas envolvidas na ação, manipulando-as, mas sim a considerá-las como sujeitos de decisão e de transformação (RIBEIRO, 2009). A EP é uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social, trabalhando pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos nesse processo de modo a fomentar formas coletivas de aprendizado e investigação, promovendo o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (VASCONCELOS, 2007). “A EP é uma proposta que assume a afetividade como elemento importante do processo educativo, incorporando às suas práticas a dimensão subjetiva do saber, os sentimentos, os desejos, as inquietações, a religiosidade, entendendo que é a integralidade do ser humano que se faz presente na relação educativa e não apenas o seu intelecto” (RIBEIRO, 2008. p. 237). No âmbito da saúde, com a apropriação do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes, a formação universitária passa dos aspectos puramente curativos e assistenciais, a considerar também os aspectos preventivos e da promoção em saúde. Nesse sentido o termo Educação em Saúde passa a ser trabalhado nas aulas, nos estágios curriculares e na própria extensão universitária. Todavia a maioria dessas práticas educativas utiliza métodos verticais de ensino-aprendizagem e tende a transportar para o trabalho na comunidade a lógica de atuação predominante na universidade, ou seja, o depósito de conhecimentos, a prescrição de normas e comportamentos descontextualizados, considerados capazes de promover saúde em um processo de invasão cultural (RIBEIRO, 2009). Nesse contexto, o estudante reproduz o que é aprendido nas salas de aula e desconsidera os aspectos socioculturais da população, seus saberes e suas potencialidades como sujeitos protagonistas do seu processo de construção social. Nesse sentido urge a necessidade de transformar os modos de pensar e de fazer saúde, bem como a maneira como as relações entre os profissionais e a população têm acontecido. Para Ribeiro (2008), estas necessidades vêm instigando grupos de profissionais a buscarem na Educação Popular (EP) elementos que lhes permitam repensar e reorientar as práticas de saúde, o que tem trazido mudanças significativas nas práticas profissionais, na organização dos serviços e na construção de políticas públicas mais orientadas para os interesses da população. Assim, a EP pode ser um instrumento auxiliar na incor-

poração de novas práticas por profissionais e serviços de saúde, valorizando o saber do outro e entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). Embora haja um movimento nacional crescente de Educação Popular e seja clara a sua importância para a prática educativa, esta ainda encontra-se distante da grade curricular das universidades de todo o país, o que dificulta a formação de profissionais voltados para a perspectiva inclusiva e tão necessária para a superação dos métodos tradicionais e autoritários presente na educação e na prática em saúde. Para Vasconcelos (2007), um dos maiores desafios do movimento de Educação Popular em Saúde é o delineamento mais preciso das estratégias educativas de sua incorporação ampliada nos cursos de graduação de todos os profissionais de saúde. Para este mesmo autor, a EP pode ser importante para a transformação da atual prática sanitária, rompendo com as práticas técnicas individuais, restritas a ações medicamentosas e às tentativas de mudanças de comportamento de risco ou às tradicionais medidas de saneamento básico. O autor sugere uma prática sanitária integrada a uma ação coletiva e solidária que supere as raízes políticas, culturais e econômicas do sofrimento humano e efetivamente inclua a população na gestão dos sistemas de saúde, na organização da atenção e nas práticas assistenciais. Nesse contexto e objetivando o fortalecimento teórico-prático da Educação Popular, o Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) ofereceu como créditos optativos a disciplina Tópicos de Extensão Popular e Saúde aos estudantes da área de saúde durante o segundo período de 2011. Esta disciplina estava relacionada com a prática da extensão popular desenvolvida pelo Projeto Educação Popular e Atenção à saúde da família (PEPASF) e Fisioterapia na Comunidade que atuam na Comunidade Maria de Nazaré e Grotão há cerca de 15 anos. Assim, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de uma estudante de Enfermagem na monitoria da disciplina Tópicos de Extensão Popular e Saúde oferecida pelo Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba. Durante o segundo semestre de 2011, o Departamento de Fisioterapia da UFPB ofereceu 14 vagas para estudantes da área da saúde e de humanidades cursarem a disciplina Tópicos de Extensão Popular e Saúde. Esta serviria como créditos optativos e as aulas ocorreriam um dia na semana durante 4 horas. Como já trabalhava com Educação Popular há 5 anos por meio da extensão universitária, fui convidada para ser monitora desta disciplina. Assim, a experiência com as atividades extensionistas contribuiu muito para a prática do ensino, desta vez como monitora. A atividade de monitoria da disciplina Tópicos de Extensão Popular e Saúde foi feita por meio da abordagem teórica em sala de aula, acompanhamento dos estudantes ao campo prático (Comunidade Maria de Nazaré e Grotão) realizando atividades de visitas domiciliares, participação nos grupos de cuidado e nas reuniões dos projetos de extensão popular vinculados à disciplina. Dessa maneira, os estudantes participaram de muitas das atividades realizadas pela extensão popular. No início das aulas, 14 estudantes estavam matriculados na disciplina, ou seja, todas as vagas foram preenchidas, demonstrando o total interesse dos estudantes pela proposta. No entanto, no decorrer do semestre houve várias desistências devido ao choque de horário com outras disciplinas oferecidas pela grade curricular obrigatória, permanecendo apenas 4 estudantes. Assim, percebeu-se que os estudantes que permaneceram matricu-

lados relutaram contra o que era imposto pela universidade por desejarem uma experiência curricular inovadora, contrapondo-se aos métodos tradicionais de ensino. Mesmo com poucos integrantes, as atividades propostas foram concretizadas normalmente, sendo realizados encontros teóricos e práticos, retirada de dúvidas individual ou coletivamente e sugestões bibliográficas. Com a experiência da monitoria, percebeu-se a curiosidade dos estudantes pelo novo, o gosto pela a forma de abordagem dos conteúdos (rodas de conversas, diálogo horizontal) e o encantamento pela prática da Educação Popular em Saúde (as visitas domiciliares, o vínculo, a escuta qualificada, o compartilhamento de experiências junto à comunidade). Assim, o trabalho de monitoria é uma experiência importante para o aprendizado por proporcionar a troca de saberes, ampliando o conhecimento acerca das temáticas abordadas e uma maior associação teoria-prática pelo que surge no debate; por possibilitar, na prática, o desenvolvimento da metodologia da educação popular em sala de aula o que para muitos professores torna-se um desafio; pela prática da docência por meio do planejamento de aulas e da associação ensino-pesquisa e; por contribuir para que outros estudantes tenham uma formação profissional diferenciada, buscando o caminho da justiça e da igualdade, bem como o compromisso social. Assim, é preciso que o trabalho educativo nos cursos universitários aconteça pela valorização dos diferentes saberes e que estes possam ser compartilhados por meio diálogo horizontal, deixando fluir a autonomia e o protagonismo dos envolvidos no processo de construção do conhecimento. É nesse sentido que a Extensão Popular entra como diferencial na formação universitária. Nesse contexto, espera-se que outros estudos sejam realizados a fim de apreender a importância da Educação Popular em Saúde para o ensino universitário e assim propor mudanças curriculares inovadoras para os cursos de saúde. **REFERÊNCIAS:** ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004. RIBEIRO, K.S.Q.S. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 335-346, set./dez. 2009. VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-29. VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L.H; SIMON, E. **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

Visitas domiciliares na perspectiva da educação popular em saúde: relato de uma experiência

Luna Lima Guimarães

Patricia Serpa de Souza Batista

Maria Francilene Leite

Trata-se de um relato de experiência que objetivou relatar a vivência de uma estudante de enfermagem nas visitas domiciliares realizadas na perspectiva da educação popular a um portador de tetraplegia e sua família em uma comunidade periférica de João Pessoa-PB. As visitas domiciliares constituem uma das principais atividades do Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) que atua há 14 anos na Comunidade Maria de Nazaré em João Pessoa-PB. Utiliza como metodologia a Educação Popular, proporcionando a estudantes de vários cursos dos diversos centros de ensino da Capital, conhecer a realidade de uma comunidade marginalizada, porém acolhedora, onde o desejo de mudança ecoa suavemente pelos becos e vilelas, onde há vida e há esperança, mas também há mortes, injustiça e tristeza. A inserção neste contexto de contradições é uma tarefa difícil e vivenciada por poucos estudantes, mas para os que se dispõem a participar desse processo de desbravamento que ultrapassa os limites sociais, há um acréscimo no aprendizado e na vida profissional que não é conquistado apenas no ambiente universitário. Assim, a metodologia dialogada e problematizadora da Educação Popular têm contribuído para o desenvolvimento crítico e reflexivo de muitos estudantes, sejam da área da saúde ou de outras áreas do conhecimento e a visita domiciliar é o primeiro passo para essa conquista. O primeiro contato com L.C., 34 anos, aconteceu em sua residência, uma casa humilde, com pouca luz e que transmitia tristeza. Ele precisava de cuidados físicos, pois era parcialmente tetraplégico e apresentava uma úlcera por pressão de grande profundidade na região sacral, e também de cuidados psicológicos, pois era depressivo e não aceitava a sua condição. Foi feito um acompanhamento semanal através de visitas domiciliares a L.C. por uma estudante de enfermagem, um estudante de fisioterapia e por um psicólogo. Estas visitas possibilitaram a vivência em uma nova realidade, conhecendo o contexto de inserção do indivíduo e das relações que se estabeleciam no seu microsistema familiar, ou seja, os medos, as dúvidas, as dificuldades financeiras e sociais, os conflitos, etc., possibilitou também a formação de um vínculo afetivo com a família e de responsabilidade política e social. Adentrar neste espaço e conversar sobre os problemas inerentes aquele contexto, buscando solucioná-los conjuntamente foi um exercício que gerou turbulências internas, mas que ocasionou grandes aprendizados: trabalhar interdisciplinarmente, prestar um cuidado humanizado, integral e participativo, no qual todos os envolvidos são protagonistas da sua história, dialogar horizontalmente e empaticamente. Nesse sentido, percebe-se que a experiência das visitas domiciliares, proporcionada pela extensão popular, favorece ao estudante aprendizados que ultrapassam os limites da universidade, adentrando no espaço comunitário e interagindo com ele, formando vínculos e desen-

volvendo um compromisso ético e social com as classes populares que permanece durante a formação universitária e na própria atuação profissional. Palavras-Chaves: Visitas domiciliares; Educação Popular; Cuidado em saúde.

A universidade, instituição formadora apresenta como base para a formação profissional o tripé constituído pelo ensino, pesquisa e extensão. Esta pode ser entendida de diversas maneiras, seja por um modelo de transmissão vertical do conhecimento, baseado no voluntarismo, assistencialismo ou de maneira mais inovadora como uma atividade estudantil que visa à aproximação com os espaços comunitários marginalizados, tendo como pressuposto básico a transformação social por meio da prática educativa dialógica que não se propõe a estender conhecimentos às pessoas envolvidas na ação, manipulando-as, mas sim a considerá-las como sujeitos de decisão e de transformação. Este tipo de atividade é conhecido como Extensão Popular (RIBEIRO, 2009). A Universidade Federal da Paraíba (UFPB) apresenta há cerca de 15 anos um projeto de extensão popular denominado Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) que se propõe a desenvolver uma prática de extensão universitária em saúde fundada nos princípios da Educação Popular, vivenciando a dialogicidade educador-educando, sistematizada por Paulo Freire, em atividades realizadas junto à comunidade Maria de Nazaré, localizada no bairro Funcionários III, do município de João Pessoa-PB. O PEPASF atua interdisciplinarmente com outros projetos de extensão popular (Para Além da Psicologia Clássica, Projeto de Educação Popular na Atenção a Saúde do Trabalhador e Fisioterapia na Comunidade) e, dessa maneira, estudantes de diversos cursos da graduação (medicina, enfermagem, nutrição, farmácia, fisioterapia, psicologia, direito, serviço social, entre outros) têm a oportunidade de participar desta experiência, aprendendo uma nova maneira de conduzir o processo de cuidado em saúde, no qual o diálogo interdisciplinar exerce um papel importante, pois proporciona a união de muitos saberes, impedindo que seja construída, no projeto e na vida dos participantes, uma “inteligência esfacelada” a qual produziria um “saber em migalhas”. A interdisciplinaridade se caracteriza pelo grau de interação real das disciplinas no interior desse projeto, o qual dispõe de uma relação recíproca, de mutualidade que possibilita visões e então soluções diferentes para um mesmo problema. Nesse sentido, o PEPASF apresenta como objetivo favorecer por meio da atividade de extensão universitária, nos campos educativos, culturais e da saúde, a formação interdisciplinar dos estudantes. Como também, contribuir para o desenvolvimento e inclusão social da Comunidade Maria de Nazaré. Além de incentivar, apoiar e promover a participação dos moradores nos espaços de construção coletiva; acompanhar as famílias da Comunidade Maria de Nazaré através de uma escuta terapêutica, buscando melhor assisti-las no processo de atenção à saúde. Tais objetivos não deixam de estar atrelados ao ensino e a pesquisa, constituindo uma via de interação entre a Universidade e a sociedade, proporcionando, assim, que pesquisas sejam realizadas e divulgadas no meio acadêmico; articulando e trabalhando a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão. Assim, os estudantes extensionistas desenvolvem junto à comunidade atividades como **grupos operativos** que são estratégias de ações coletivas

interdisciplinares pactuadas com a comunidade visando responder as demandas específicas identificadas nos diferentes campos, podendo atuar com crianças, idosos, mulheres e adolescentes, buscando a inclusão social dos envolvidos e o compartilhamento de experiências entre os estudantes extensionistas e a comunidade por meio de um diálogo horizontal e problematizador. Além dos grupos, há as **reuniões semanais** (acompanhamento, avaliação e planejamento das atividades; à socialização dos problemas do grupo e/ou visitas; discussão de temas relacionados à Atenção Primária à Saúde e Educação Popular), há a **participação e engajamento nas lutas e mobilização comunitária e as visitas domiciliares**. Esta constitui uma das principais atividades dentro do projeto, caracterizada essencialmente pelo acompanhamento de famílias da comunidade, o que favorece o desenvolvimento de um importante vínculo de amizade e conhecimento com as famílias acompanhadas, pois através das visitas, os estudantes passam a conhecer de perto a dinâmica do contexto popular, criando assim, um espaço educativo que possibilita um diálogo horizontalizado, permitindo uma conversa sobre saúde, na qual os estudantes e família trazem suas dúvidas, inquietações e soluções sobre o processo saúde doença. Assim, a metodologia dialogada e problematizadora da Educação Popular tem contribuído para o desenvolvimento crítico e reflexivo de muitos estudantes, sejam da área da saúde ou de outras áreas do conhecimento e a visita domiciliar é o primeiro passo para essa conquista. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é relatar a vivência de uma estudante de enfermagem nas visitas domiciliares realizadas na perspectiva da educação popular a um portador de tetraplegia e sua família em uma comunidade periférica de João Pessoa-PB. **RESULTADOS:** Em uma das reuniões do sábado, realizada antes que os estudantes saíssem para as visitas, um dos professores falou da necessidade de acompanhamento a um homem que havia sofrido um acidente que o deixara parcialmente tetraplégico e como consequência de sua pouca mobilidade no leito desenvolvera uma úlcera por pressão, infecção urinária pelas constantes invasões no seu trato urinário (cateterismo vesical), dificuldade respiratória e alimentação diária comprometida. Diante de todos estes acontecimentos, prontamente me disponibilizei a acompanhá-lo. O primeiro contato com L.C., 34 anos, aconteceu em sua residência, uma casa humilde, com pouca luz e que transmitia tristeza. Ele precisava de cuidados físicos, mas também de cuidados psicológicos, pois era depressivo e não aceitava a sua condição. Dessa forma pude perceber, verdadeiramente, que o cuidado em saúde vai além dos problemas biológicos e que está intrinsecamente relacionado aos problemas psicossociais. Assim, foi feito um acompanhamento semanal através de visitas domiciliares a L.C. por mim, uma estudante de enfermagem, um estudante de fisioterapia e por um psicólogo, todos envolvidos com o PEPASF. Assim, as visitas tinham um caráter interdisciplinar que possibilitou o cuidado em saúde por meio de curativos, orientações familiares no intuito de minimizar as ocorrências de infecção urinária, melhorar a alimentação, a mobilidade no leito e os exercícios respiratórios. Pudemos atuar coletivamente buscando a melhoria da baixa autoestima e do quadro depressivo que o mesmo se encontrava. Diante de todas as dificuldades observadas, percebi que havia na família a união e a luta para que L. C. pudesse se recuperar e aceitar a sua condição. Percebi que esta característica é essencial para a recuperação física e psicológica dos indivíduos que passam por situ-

ações de extremo sofrimento. Nesse sentido, as visitas domiciliares possibilitaram aprendizados que foram além da prática técnica aprendida na universidade. Pude aprender e valorizar a família e o cuidado integral em saúde, ou seja, entender o contexto no qual o indivíduo está inserido, tendo uma relação empática com ele. Desenvolvi uma grande relação de amizade e compromisso com L.C. , bem como com a sua família e mesmo não podendo mais visitá-lo com tanta frequência, ainda guardo comigo muitas vivências educativas que jamais teria vivenciado se não tivesse tido disponibilidade de mergulhar nesta experiência, aparentemente não atrativa, porém enriquecedora. Adentrar neste espaço familiar e conversar sobre os problemas inerentes aquele contexto, buscando solucioná-los conjuntamente foi um exercício que gerou turbulências internas, mas que ocasionou grandes aprendizados: trabalhar interdisciplinarmente, prestar um cuidado humanizado, integral e participativo, no qual todos os envolvidos são protagonistas da sua história, dialogar horizontalmente e empaticamente. Nesse sentido, percebe-se que a experiência das visitas domiciliares, proporcionada pela extensão popular, favorece ao estudante aprendizados que ultrapassam os limites da universidade, adentrando no espaço comunitário e interagindo com ele, formando vínculos e desenvolvendo um compromisso ético e social com as classes populares que permanece durante a formação universitária e na própria atuação profissional. REFERÊNCIAS: FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005. FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. RIBEIRO, K.S.Q.S. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 335-346, set./dez. 2009. VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

PALHASUS – interface entre palhaços-cuidadores e a educação popular

Renato Araujo de Menezes

Lucas Emmanuel de Carvalho

José Félix de Brito Junior

Wanessa Toscano Cavalcante

Aldenildo Araújo de Moraes Fernandes Costeira

O presente trabalho apresenta o trabalho de humanização e educação popular realizado pelo projeto PalhaSUS da UFPB, em João Pessoa, Paraíba. O PalhaSUS é um grupo de palhaços-cuidadores que foi criado em 2010 e que atua em diferentes cenários de prática, utilizando do riso como ferramenta leve de aproximação entre as pessoas. O grupo conta atualmente com mais de 50 palhaços e trabalha com pessoas em situação de doença, vulnerabilidade ou isolamento social. Através do mundo lúdico do circo e da palhaçaria, os estudantes envolvidos trabalham suas potencialidades de improviso para o estreitamento de laços entre as pessoas, e a partir dessa aproximação, disseminam cuidado e educação. A melhoria da qualidade dos serviços de saúde é uma demanda antiga em nosso país e tornou-se tema de discussão recorrente dentro das universidades em consequência da implantação de novas políticas públicas de saúde no Brasil e da consequente reforma curricular vivenciada em diversas academias. Na área da saúde, a limitação resultante da ênfase no aspecto técnico e na condição biológica da doença fez com que se perdesse a perspectiva da subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo terapêutico. O culto à dinamicidade e mecanização dos serviços e dos sistemas de produção decorrentes dos avanços tecnológicos vivenciados nas últimas décadas teve um impacto muito negativo nas relações interpessoais. A cultura do “fast-food”, que ultrapassa em muito o simples conceito de se alimentar de forma rápida, representa a manifestação cotidiana da máxima capitalista “tempo é dinheiro”. Dentro dessa lógica, assim como o almoço deve ser uma refeição prática e instantânea, a troca de informações, os diálogos, os relacionamentos e os encontros são pressionados a acontecerem da forma mais breve possível, a fim de que cada indivíduo possa produzir no seu nível máximo de desempenho, tanto no âmbito profissional quanto no familiar. Isso gera uma angústia generalizada sobre a sociedade que se traduz na degradação das relações humanas e, consequentemente, dos processos de cuidado em Saúde. O PalhaSUS tem como objetivo desconstruir a lógica hegemônica do “fast-food” presente nos espaços em que atuam. Para tanto, os palhaços-cuidadores fazem uso de uma tecnologia leve, em que suas habilidades dependem do exercício do improviso em espaços privilegiados do cuidado. Através do diálogo entre o palhaço-cuidador e os fundamentos da Educação Popular descobriu-se um novo horizonte de possibilidades na busca pela fusão entre os saberes científico e popular. O palhaço que cuida e educa, leva e traz conhecimento e serve

como interface entre a comunidade e a universidade, enriquecendo os espaços vinculados ao projeto e incitando novas discussões a respeito do cuidado e da autonomia dos indivíduos, em favor das classes populares.

INTRODUÇÃO: O PalhaSUS é um grupo de Palhaços-Cuidadores que foi criado em 2010 e que atua em diferentes cenários de prática na cidade de João Pessoa, utilizando do riso como ferramenta leve de aproximação entre as pessoas. O grupo conta atualmente com mais de 50 palhaços e tem como público-alvo pessoas em situação de doença, vulnerabilidade ou isolamento social. Através do mundo lúdico do circo e da palhaçaria, os estudantes envolvidos trabalham suas potencialidades de improviso no sentido de estreitar os laços entre as pessoas e, a partir dessa aproximação, disseminar cuidado e educação. Os participantes são, em sua maioria, alunos dos cursos da área de saúde, porém as áreas de exatas e humanas também possuem representantes que enriquecem e multiplicam as possibilidades do projeto.

DESENVOLVIMENTO: A melhoria da qualidade dos serviços de saúde é uma demanda antiga em nosso país e tornou-se tema de discussão recorrente dentro das universidades em consequência da tentativa de implantação de novas políticas públicas de saúde no Brasil. A limitação resultante da ênfase no aspecto técnico e na condição biológica da doença fez com que se perdesse a perspectiva da subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo terapêutico. O culto à dinamicidade e mecanização dos serviços e dos sistemas de produção decorrentes dos avanços tecnológicos vivenciados pela humanidade nas últimas décadas teve um impacto muito negativo nas relações interpessoais. A cultura do “*fast-food*”, que ultrapassa em muito o simples conceito de se alimentar de forma rápida, representa a prática cotidiana da máxima capitalista “tempo é dinheiro”. Dessa forma, assim como o almoço deve ser uma refeição prática e instantânea, a troca de informações, os diálogos, os relacionamentos e os encontros devem ser o mais breve possível, a fim de que cada indivíduo possa produzir no seu nível máximo de desempenho, seja no âmbito profissional ou familiar. Isso gera uma angustia generalizada sobre a sociedade que se traduz na degradação das relações humanas e, conseqüentemente, dos processos de cuidado em Saúde. Os integrantes do PalhaSUS são Palhaços-Cuidadores que procuram desconstruir essa lógica hegemônica do “*fast-food*” presente nos espaços em que atuam. Para tanto, fazem uso de uma tecnologia leve, em que suas habilidades dependem do exercício do improviso em espaços privilegiados do cuidado. O projeto contempla cenários de prática que envolvem pessoas em situações de internação hospitalar ou vulnerabilidade social, incluindo os mais diversos grupos etários, desde a infância à velhice. Segundo Eymard Vasconcelos, a educação popular em saúde considera “estratégias e modos de agir e de ser, expressando-se por meio de um conjunto de práticas, técnicas, políticas e ideologias que estejam comprometidas com as conquistas das classes populares”. Dessa forma, o PalhaSUS se mantém em sintonia com os objetivos da Pedagogia da Libertação de Paulo Freire, pois além de cuidar, também educa seus integrantes e seu público. A interface entre os Palhaços-Cuidadores e a Educação Popular foi estabelecida após a inclusão do projeto no PROGEPS - Programa de Educação Popular em Saúde da UFPB. Dentro deste programa

os diferentes trabalhos de extensão popular da universidade puderam compartilhar suas experiências e trocar ideias a respeito de como vivenciar a Educação Popular de maneira conjunta e integrada. Estudantes de diversos cursos e de vários projetos puderam agregar novas ferramentas aos seus trabalhos e resignificar a maneira de fazer extensão popular. **METODOLOGIA:** A atuação do grupo visa atingir não só os usuários das instituições envolvidas, mas todo o conjunto humano presente nos espaços, desde os profissionais aos eventuais transeuntes que estejam fazendo parte do cenário no momento das visitas. A valorização da subjetividade de cada indivíduo é o objetivo do palhaço, que faz disso sua ferramenta para aproximar-se das pessoas e incentivar o encurtamento das distâncias entre elas. O palhaço é um elemento de coesão em meio a um ambiente hostil e triste, que busca quebrar a burocratização do riso e do diálogo entre as pessoas. As ações desenvolvidas pelo grupo, além de contribuir na formação dos estudantes participantes do projeto e no tratamento e cuidado das pessoas visitadas, também repercutem positivamente nos trabalhadores de cada cenário, pois através das interações diretas e indiretas com os palhaços, despertam nos profissionais o sentimento do auto-cuidado, essencial para o desenvolvimento do papel de cuidador. O projeto PalhaSUS já formou 56 Palhaços-Cuidadores, através da realização de duas Oficinas do Riso. Os estudantes participantes são, em sua maioria, das áreas de saúde, porém o grupo também conta com alunos das áreas de humanas e exatas. As intervenções ocorrem semanalmente e incluem como cenários de prática as enfermarias pediátrica e de Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira e o lar para crianças Jesus de Nazaré. As atuações tiveram início em 2010, a partir do grupo formado com a primeira oficina, e as experiências vivenciadas em cada cenário de prática ao longo desse período confirmam o poder terapêutico e transformador do palhaço, que além de cuidado, leva também conhecimento e educação às pessoas. Por trás de cada palhaço, há um multiplicador de conhecimento representado pelos estudantes que buscam fundir seus conhecimentos técnicos obtidos na academia com os ensinamentos obtidos através de cada vínculo estabelecido. Indo além do alívio momentâneo da dor ou do sofrimento proporcionado pelas brincadeiras e pelos risos plantados pelos palhaços, o projeto planta sementes de humanização por onde passa, incentivando os profissionais e os administradores dos seus cenários de prática a desenvolverem o auto-cuidado e a cultivarem o ambiente lúdico e acolhedor construído durante as visitas do grupo mesmo após o fim das intervenções. Na outra via, os estudantes colhem informações e aspectos vivenciados no próprio campo de prática, levando de volta para dentro dos muros da universidade substrato para discussões e debates acerca de novas ferramentas que contribuam com o desenvolvimento social. **CONCLUSÃO:** Através do diálogo entre o Palhaço-Cuidador e os fundamentos da Educação Popular descobriu-se um novo horizonte de possibilidades na busca pela fusão entre os saberes científico e popular. O palhaço que cuida e educa, leva e traz conhecimento e serve como interface entre a comunidade e a universidade, enriquecendo os espaços envolvidos com o projeto PalhaSUS e incitando novas discussões a respeito do cuidado e da autonomia dos indivíduos das classes mais carentes da sociedade. Conclui-se que, embora o potencial da integração entre o popular e o científico seja notório em todos seus aspectos, faz-se neces-

sário aprofundar os estudos e as pesquisas envolvendo os impactos diretos e indiretos da intervenção do grupo de Palhaços-Cuidadores no campo da Educação Popular, a fim de incentivar o desenvolvimento de novos projetos com ferramentas cada vez melhores e mais elaboradas para a disseminação de cuidado e educação em favor das classes populares. REFERÊNCIAS: **ADAMS**, P. *Humour and love: the origination of clown therapy*. *Postgrad med J*, London UK, v. 78, n. 1, p. 447-448, 2002. **MASETTI** M. *Doutores da ética e da alegria*. *Interface (Botucatu)* vol.9. no.17 Botucatu Mar/Aug. 2005. **MATRACA** MVC *et al.* *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10):4127-4138, 2011. **PEREIRA**, A.L.F. *As Tendências Pedagógicas e a Prática Educativa nas Ciências da Saúde*. *Cad. Saúde Pública*. v.19, n.5, Rio de Janeiro, Set./Out. 2003. **VALIATE** F, Tozzi, V. *A busca da humanização no ambiente hospitalar através dos Especialistas do Riso*. COMSAÚDE – 2001. **VASCONCELOS**, E. M. *Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde*. In: *Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação*/fevereiro, 2001.

Extensão popular e a promoção da saúde de gestantes: promovendo diálogos a partir de uma experiência em uma unidade de saúde da família em João Pessoa-PB

Luciana Maria Pereira de Sousa

Amanda Amaij Pessoa Salerno

Pedro José Santos Carneiro Cruz

O período gestacional envolve, dentre outros elementos e dimensões, alterações metabólicas e hormonais significativas, além de alterações fisiológicas e psicológicas relevantes. Aliadas às vivências individuais e familiares e às determinações sociais de saúde com as quais as mulheres se relacionam, tais situações significam um turbilhão de novas idéias, emoções, anseios, valores e olhares nesta fase. Assim, a gravidez constitui uma experiência humana rica cujo trabalho de Promoção da Saúde não pode prescindir de uma abordagem que valorize estas dimensões objetivas e subjetivas da gestação. Nesta direção, o Projeto de Extensão “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica em Saúde (PINAB)”, da UFPB, vem desenvolvendo em parceria com profissionais de saúde ações educativas através do Grupo de Gestantes na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde, e numa escola municipal, em João Pessoa – PB, abrangendo comunidades do território que são; Boa Esperança, Jardim Itabaiana e Pedra Branca, desde 2007. O objetivo do Grupo consiste em promover atividades orientadas pela Educação Popular no intuito de que cada mulher seja tratada na sua integralidade, tornando um locus de apoio que possibilite o compartilhar de experiências e a ampliação de questões consideradas relevantes pelas gestantes. Os encontros realizam-se semanalmente com gestantes, profissionais de saúde e extensionistas. Os temas são problematizados por meio de rodas de diálogo, dinâmicas, esquetes teatrais e exibição de vídeos, e são construídos a partir das inquietações das gestantes e envolvem alimentação saudável, sexualidade, parto, aleitamento materno, cuidados com o bebê, direitos da gestante, medos e anseios, projetos de vida e familiares, etc. A experiência deste grupo vem permitindo uma processual irradiação da Educação Popular em Saúde como um importante instrumento para a promoção e integralidade das ações realizadas na Unidade de Saúde da Família, uma vez que contribui para a problematização das questões vivenciadas no cotidiano da população, possibilitando a ampliação do significado da saúde. Outrossim, esta experiência vem permitindo ao extensionista vivenciar os problemas sociais e conhecer a sabedoria e a cultura popular, através de sua luta cotidiana pela vida e, além disto, aprender como desenvolver iniciativas de Promoção da Saúde capazes de ressaltar o protagonismo e a segurança nas gestantes em meio a uma relação de vínculo e confiança com extensionistas e trabalhadores de saúde.

INTRODUÇÃO: O período gestacional envolve, dentre outros elementos e dimensões, alterações metabólicas e hormonais significativas, além de alterações fisiológicas e psicológicas relevantes. Aliadas às vivências individuais e familiares e às determinações sociais de saúde com as quais as mulheres se relacionam, tais situações significam um turbilhão de novas idéias, emoções, anseios, valores e olhares nesta fase. Assim, a gravidez constitui uma experiência humana rica cujo trabalho de Promoção da Saúde não pode prescindir de uma abordagem que valorize estas dimensões objetivas e subjetivas da gestação. Entende-se que os grupos de gestantes tenham como objetivos gerais: dialogar e refletir sobre a gestação e seu significado; oportunizar a expressão individual/coletiva sobre o período da gravidez e puerpério; aprofundar temas relacionados com a gravidez que sejam de interesse do grupo; ampliar a rede de apoio na comunidade (DURÃES-PEREIRA et al, 2007). Nesta direção, o Projeto de Extensão “Práticas Integrais de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica em Saúde (PINAB)”, da UFPB, vem desenvolvendo em parceria com profissionais de saúde ações educativas através do Grupo de Gestantes na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde, e numa escola municipal, em João Pessoa – PB, abrangendo comunidades do território que são; Boa Esperança, Jardim Itabaiana e Pedra Branca, desde 2007. O objetivo do Grupo consiste em promover atividades orientadas pela Educação Popular no intuito de que cada mulher seja tratada na sua integralidade, tornando um lócus de apoio que possibilite o compartilhar de experiências e a ampliação de questões consideradas relevantes pelas gestantes.

DESENVOLVIMENTO: O projeto desenvolve suas ações a luz do referencial da Educação Popular em Saúde que para Vasconcelos (2006) são ações que envolvem as dimensões do diálogo, do respeito e da valorização do saber popular, sendo considerada um instrumento de construção para uma saúde mais integral e adequada à vida da população, representando uma prática de saúde onde não há domínio de um saber sobre outro, mas uma interação especificamente humana entre valores, pensamentos e sentimentos, através de um aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade. Os encontros do Grupo de Gestantes realizam-se semanalmente com gestantes, profissionais de saúde e extensionistas. Os temas são problematizados por meio de rodas de diálogo, dinâmicas, esquetes teatrais e exibição de vídeos, e são construídos a partir das inquietações das gestantes e envolvem alimentação saudável, sexualidade, parto, aleitamento materno, cuidados com o bebê, direitos da gestante, medos e anseios, projetos de vida e familiares, etc. O trabalho em grupo com as gestantes pretende compor espaços para compartilhar e refletir sobre os saberes e representações relacionados à alimentação e nutrição: qual a relação das pessoas com a alimentação, significados e importância da alimentação, como comer, quando comer, o quê comer, refeições, dietas, alimentos regionais, etc. A participação do Projeto neste Grupo propõe contribuir na construção de espaços no serviço de saúde que não discutam apenas doenças, nem concebam a gestação numa perspectiva puramente biológica, mas estimule as iniciativas das gestantes, criando-se alternativas para melhorar seu bem-estar e sua qualidade de vida, como também alertem elas para seus direitos oferecidos pelo SUS durante a gestação e puericultura. Mediante isso, é imperativo abordar assuntos que contemplam as inquietações e anseios no que diz respeito a essa fase

da vida; através de dinâmicas, vídeos e rodas de conversa com temas como: Hora do Parto – ressaltando cada momento e o que fazer a fim de obter um parto tranquilo e seguro-, Cuidados com o bebê – onde as mães podem tirar suas dúvidas e trazer as suas experiências-, Alimentação das gestantes-problematizando com as mesmas a promoção da alimentação saudável-, Saúde bucal – enfatizando a importância desta no bebê e os procedimentos considerados corretos-, Alimentação do bebê – onde se trabalha desde o início da amamentação até o desmame elucidando as dificuldades e potencialidades de cada um. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A experiência deste grupo vem permitindo uma processual irradiação da Educação Popular em Saúde como um importante instrumento para a promoção e integralidade das ações realizadas na Unidade de Saúde da Família, uma vez que contribui para a problematização das questões vivenciadas no cotidiano da população, possibilitando a ampliação do significado da saúde. Outrossim, esta experiência vem permitindo ao extensionista vivenciar os problemas sociais e conhecer a sabedoria e a cultura popular, através de sua luta cotidiana pela vida e, além disto, aprender como desenvolver iniciativas de Promoção da Saúde capazes de ressaltar o protagonismo e a segurança nas gestantes em meio a uma relação de vínculo e confiança com extensionistas e trabalhadores de saúde. REFERÊNCIAS: DURÂES-PEREIRA, B. M. B.; NOVO, F. N.; ARMOND, J. E. A escuta e o diálogo na assistência pré-natal, na periferia da zona Sul no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 465-76, 2007. VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação Popular e Atenção à Saúde da Família*. 3a ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

A sensibilização de idosos e gestantes através de metodologia lúdica como ferramenta de Educação em saúde

André Luiz de S. Braga
Dircilane R. da Costa
Ludmilla T. de Castro
Pâmella de Paula M. P. Vicente
Suelen Cristina de A. Pereira

Relato experiência de ensino aprendizagem para promover a saúde dos idosos e das gestantes, utilizando como instrumento atividades lúdicas, tal como a música que através de letras educativas incentivou o interesse pelo auto cuidado e pelo tratamento, além de reduzir a ansiedade gerada pelas condições que eles se encontram.

Este estudo refere-se a um relato experiência de ensino aprendizagem. A Educação lúdica é uma estratégia de educação em saúde q vem apresentando resultados relevantes, e a inserção do idosos nessas atividades é essencial para a manutenção da sua capacidade funcional.A Enfermagem tem papel fundamental nesse processo, pois com o seu cuidar, envolve saberes que ultrapassam a teoria atingindo diretamente a essência humana: o corpo, suas necessidades e desejos; prevenção e promoção da saúde; equilíbrio emocional e psicológico. OBJETIVO: O objetivo principal foi a promoção da saúde dos idosos e das gestantes, utilizando como instrumento atividades lúdicas, tal como a música que através de letras educativas incentivou o interesse pelo auto cuidado e pelo tratamento, além de reduzir a ansiedade gerada pelas condições que eles se encontram. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de caráter qualitativo realizado por acadêmicos do 6º período do curso de graduação da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF) no período de maio a junho de 2011, durante o ensino teórico-prático da disciplina de Enfermagem e Gerenciamento da Saúde I, tendo como cenário a Policlínica Regional do Largo da Batalha (PRLB), situado no município de Niterói- RJ. Os dados foram coletados através da observação dos clientes nas atividades lúdicas e na interação deles com os acadêmicos e com a equipe da PRLB, demonstrando entusiasmo através de expressões verbais e corporais. RESULTADOS: Para melhor interagir com os participantes, os acadêmicos e profissionais de saúde se caracterizaram com adereços, usaram brincadeiras, cantaram e dançaram em um show lúdico com músicas parodiadas que abordam temas relacionados à saúde, prevenção e promoção. Essas paródias são criadas por alunos do projeto *saudarte*, vinculado a Pró-Reitoria de Extensão da UFF que utiliza desse artifício para promover educação em saúde, com a proposta de informar de maneira criativa e divertida. Para este trabalho foram escolhidas músicas que se referiam a amamentação e doenças como

hipertensão, diabetes mellitus, dengue e osteoporose. Logo após foi oferecido um lanche com variados tipos de frutas e sucos, ressaltando a importância de uma alimentação saudável e nutritiva. **CONCLUSÃO:** Com isso pudemos concluir que a inserção das atividades lúdicas no âmbito da saúde revelou ser uma ótima forma de interação e aprendizado sobre determinadas patologias, controle, prevenção e tratamento destas, pois os praticantes se sentem mais motivados a participar das atividades, aumentando também o convívio social dos idosos e gestantes com toda equipe da saúde; concluímos também que vários objetivos para a promoção da saúde e a prevenção de doenças foram atingidos. Além disso, trabalhamos para atingir bons níveis de saúde mental e física através de uma maior integração e participação, despertando alegria, satisfação e aumento do desejo de viver. **REFERÊNCIAS:** SALDANHA, Assuero Luiz; CALDAS, Célia Pereira. **Saúde do Idoso: A arte de cuidar.** 2. ed. Interciência, Rio de Janeiro, 2004. TONINI, Teresa; FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **Geontologia: Atuação da enfermagem no processo de envelhecimento.** 1ªed.Yendis Editora Ltda, São Paulo, 2009. SCHWARTZ, G. M. (org.) **Dinâmica Lúdica: novos olhares.** 1 ed. São Paulo: Manole, 2003, v.01.

Ações de educação em saúde na escola: um relato de experiência

Luiz Henrique Fernandes da Silva
Saemmy Grasiely Estrela de Albuquerque
Liliane Agnelly dos Anjos Marreiro
Thayana Jovino Oliveira

Este trabalho consiste em um relato de experiência dos discentes da disciplina Estágio Supervisionado em Prática de Educação em Saúde I do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, no período de março a maio de 2012, com o intuito de socializar a experiência desenvolvida nos moldes da educação em saúde no âmbito escolar.

A educação em saúde é entendida como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delimitadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Educar não significa simplesmente transmitir/adquirir conhecimento. O princípio de se educar para a saúde e para o meio ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas “corretivas” e/ou educativas. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência exitosa desenvolvida com alunos do ensino fundamental de uma escola pública de João Pessoa – PB. Este estudo consiste em um relato de experiência dos discentes da disciplina Estágio Supervisionado em Prática de Educação em Saúde I do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, no período de março a maio de 2012, com o intuito de socializar a experiência desenvolvida nos moldes da educação em saúde no âmbito escolar. Inicialmente realizamos o reconhecimento da escola e do território onde a mesma está inserida, posteriormente, através da observação identificamos algumas problemáticas ou déficits de conhecimento relacionados a assuntos do campo da saúde e com base na montagem de um cronograma de atividades, implementamos ações com o objetivo de sanar a carência de conhecimento em assuntos como: sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e sobre os diversos tipos de violência (física, psicológica, sexual, bullying). Através de palestras ilustrativas buscamos expor os assuntos em pauta e debatemos ao final com os alunos, visando realizar um feed-back. Constatamos que a educação em saúde possibilita uma troca de conhecimento ao passo que desenvolve a consciência crítica dos indivíduos acerca da sua realidade e situação de saúde, levando a procura de resoluções em comum.

Educação alimentar e nutricional: redescobrimos saberes

Luíza Vilma Delgado

A Educação Alimentar e Nutricional tem um importante papel em relação à promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância. Com a transição nutricional torna-se evidente criar vínculos entre o saber dessa ciência e o pensar cotidiano das famílias, desenvolver um novo olhar sobre as práticas educativas em saúde. O trabalho presente tem como objetivo relatar e dialogar sobre a Educação Popular como estratégia metodológica de trabalho para promoção/construção do conhecimento em Educação Alimentar e Nutricional. Nesse sentido, é relatada uma experiência vivida durante uma atividade de educação alimentar infantil com mães e pais usuários da USF Raimundo Fernandes em Brumado/BA, a equipe de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF - tipo I), a fim de discutir a proposta de intervenção relatada como uma alternativa metodológica que envolve o pensar, sentir e agir dos indivíduos, pelos quais eles constroem, mudam ou reforçam conhecimentos, atitudes e/ou práticas que promovam saúde, concluindo que a educação popular pode contribuir para efetivação das diretrizes dos NASF.

1. INTRODUÇÃO: A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) mostrou que a prevalência de baixo peso ao nascer para a estatura em crianças menores de 5 anos no Brasil foi de 1,6%, baixa estatura para a idade foi de 6,8% e excesso de peso foi de 7,4% (BRASIL, 2010, p. 8). Evidencia-se a diminuição da desnutrição infantil e aumento do excesso de peso, um desequilíbrio decorrente da transição nutricional. Dessa forma, a Educação Alimentar e Nutricional tem um importante papel em relação à promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância. Outra informação de cobertura nacional fornecida pela PNDS que fortalece a adoção de estratégias de promoção da alimentação infantil saudável refere-se à prevalência de 20,9% de crianças com anemia e 17,4% com deficiência de vitamina A (BRASIL, 2008, 2009 in BRASIL, 2010, p. 9). Segundo Boog (1999, p. 146) faz-se necessário investir em pesquisas neste campo e no aprimoramento dos profissionais que nele militam. Ela relata que a primeira vez que se reuniram nutrólogos, antropólogos, psicólogos e educadores com o objetivo de por em comum seus conhecimentos a cerca dos métodos mais eficazes para modificar hábitos alimentares foi no Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos da América na década de 40, no Comitê sobre Hábitos Alimentares. Com o advento da transição nutricional no Brasil, a Educação em Saúde retoma a discussão sobre o assunto, surgiu a necessidade de um novo olhar sobre a ascensão das doenças crônicas não transmissíveis. A educação em saúde sente-se estimulada em buscar criar vínculos entre o saber científico e o pensar cotidiano da população (MANÇO & COSTA, 2004, p. 148). Na prática, os profissionais de saúde tentam superar o fosso cultural presente entre a instituição e a população, em que um lado não compreende a lógica e o outro, as atitudes, busca-se uma nova postura para o enfrentamento dos problemas de saúde

que integre e dialogue os diversos saberes com o cotidiano das famílias e da sociedade (MANÇO & COSTA, 2004, p. 148). A educação alimentar e nutricional é retomada como um conceito que representa um processo essencialmente ativo que envolve mudanças no pensar, sentir, agir dos indivíduos pelo qual eles constroem, mudam ou reforçam conhecimentos, atitudes e práticas que promovam saúde (MANÇO & COSTA, 2004, p. 148): “Quando a Educação Nutricional é postulada meramente como uma consulta parcial do tratamento, de modo homogêneo, a-histórico, a-temporal, independente de grupos sociais, desconsiderando as questões mencionadas, ela se torna um saber técnico que não valoriza o sujeito. Não se questionam as causas e efeitos deste ou daquele alimento” (MANÇO & COSTA, 2004, p. 147). Mais crítica, a educação alimentar e nutricional desempenhará um importante papel na construção de metodologias que estimulem a mudança de hábitos alimentares não só por motivos únicos, mas mergulhada em diversos fatores que constroem e nos fazem entender o ser humano como um ser complexo, entrelaçado e transdisciplinar: contra põem-se aos princípios cartesianos de fragmentação do conhecimento e dicotomia das dualidades (Descartes, 1973 in SANTOS, 2008, p. 71) e propõe outra forma de pensar os problemas contemporâneos. Assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar e dialogar sobre a Educação Popular como estratégia metodológica de trabalho para promoção/construção do conhecimento em Educação Alimentar e Nutricional. Para tanto, tentarei responder a questão: As atividades de Educação Alimentar e Nutricional têm possibilidade de êxito em ações de Educação Popular?

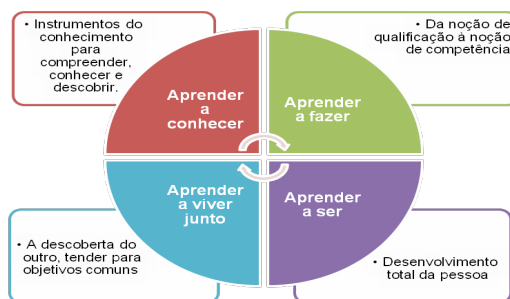
2. EDUCAÇÃO POPULAR COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA: A educação popular a partir da década de 70 trouxe aos profissionais de saúde a possibilidade de romperem com condutas tradicionais autoritárias e normatizadoras da educação em saúde, que via o trabalho com as classes populares como um instrumento de assessoria técnica às demandas e iniciativas populares. Ela surgiu como ferramenta de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos, desenvolvia-se uma cultura de relações com as classes populares (VASCONCELOS, 2010, p. 28). A educação é um processo que se “baseia no encorajamento e no apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas”, defendida pela Conferência de Alma Ata potencializa as ações da Atenção Primária à Saúde (VASCONCELOS, 2010, p. 30). A Educação Popular é problematizadora, identifica e reconhece as dificuldades e potencialidades dos sujeitos sociais, compreendendo o contexto social dentre os diversos fatores que constituem o homem no meio pelo qual estão inseridos, problematizando-o, estimula a descobrirem-se e conquistarem-se como sujeitos de sua própria destinação histórica, além de ser um *atocognoscente*. Pretende-se então, investigar o pensamento-linguagem dos homens referido à realidade, os níveis de sua percepção dessa realidade, a sua visão do mundo, com isso, inaugurar o diálogo da educação como prática da liberdade, como bem explicou Paulo Freire em *Pedagogia do Oprimido* (2005). Momento esse que se realiza a investigação do *universo temático* do povo ou o conjunto dos *temas geradores* (FREIRE, 2005, p. 101). A introdução destes temas, de necessidade comprovada, corresponde inclusive, à dialogicidade da educação. Isto significa o direito que também tem os educadores-educandos de participar dela, incluindo temas não sugeridos, os chamados *temas dobradiça* (FREIRE, 2005, p. 134). Eymard Vasconcelos (2010) afirmou que grande parte do que Paulo Freire diz sobre o processo educativo é diretamente aplicável à

Atenção Primária a Saúde, uma metodologia educativa que é uma sólida base para atingir uma Atenção Primária a Saúde Integral, e cita Paulo Freire: “Não há também, diálogo, se não há uma intensa fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de ser mais [...]. A fé nos homens antes de encontrar-se frente a frente com eles. Esta, contudo, não é uma ingênua fé. O homem dialógico, que é crítico, sabe que, se o poder de fazer, de criar, de transformar, é um poder dos homens, sabem também que podem eles, sem situação concreta, alienados ter este poder prejudicado. Esta possibilidade, porém, em lugar de matar no homem dialógico a sua fé nos homens, aparece a ele, pelo contrário, como um desafio ao qual tem de responder. Está convencido de que este poder de fazer e transformar, mesmo que negado em situações concretas, tende a renascer. Pode renascer. Pode constituir-se. Não gratuitamente, mas na e pela luta por sua libertação” (Freire, 1979 in VASCONCELOS, 2010, p. 71). Cabe aos profissionais de saúde aprender/criar/recriar maneiras de dar voz aos usuários através dessa metodologia promatizadora, (re)aproximando-os do saber vivido e adquirido, apresentada por Paulo Freire e que tem mostrado estar bem adequada ao princípio de Integralidade do SUS, mesmo que para isso tenha que ter fé na “vocação de ser mais”.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA: A atividade foi realizada na zona rural de Brumado/BA na comunidade de Ubiraçaba, com algumas mulheres e homens assistidos pela Unidade Saúde da Família (USF) Raimundo Fernandes, e solicitada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para falarmos sobre Alimentação Infantil a fim de orientar essas mães e pais sobre a melhor forma de alimentar seus filhos. O espaço se deu na própria USF, estiveram presentes 15 mulheres entre 25 e 50 anos, todas mães, 02 homens, pais, sendo que todos os participantes possuíam um ou mais filhos com algum problema de saúde devido a má alimentação (desnutrição, obesidade, carências nutricionais). Estiveram ainda 05 ACS da equipe Saúde da Família, eu (nutricionista) e uma psicóloga integrantes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Estávamos todos sentados em roda. O espaço foi iniciado com a apresentação individual de cada participante, nome e porque estávamos ali. No centro da roda tinham algumas Figuras (Anexo I) pré-selecionadas pela nutricionista e colocadas de maneira aleatória pelo chão. Foi pedido que todos olhassem as fotos, e depois escolhessem uma delas. Cada participante com a imagem que escolheu deveria falar o que via nela e o que acreditava estar relacionado com o tema do encontro, trazendo consigo seu imaginário, seus saberes. À medida que se expressavam, aprofundava-se cada vez mais sobre o tema, criavam-se vínculos entre o saber popular e o científico. Possibilitar a fala dos participantes sobre sua forma de ver o mundo referente às temáticas aproximavam mais do conteúdo, criava-se um ambiente de trocas, ambos tornavam-se responsáveis por ele. Com isso, foi possível conversar sobre as várias temáticas relacionadas à alimentação infantil: o que era tabu, o papel do governo, as condutas recomendadas pela ciência e sua prática, o cotidiano alimentar saudável ou não. Desenvolvia-se naquela roda uma visão cosmopolita sobre a alimentação dos filhos daquelas mães e pais, desde a visão que tinham a partir da infância dos genitores, passando pela relação dos alimentos com eles e com seus filhos, chegando ao papel da propaganda hoje nas escolhas alimentares, e a influência dos programas assistenciais para novas condutas, sejam elas contribuintes de uma alimentação saudável ou facilitadora da inserção de produtos industrializados na mesa dessas famílias. Coletivamente todos refletiam sobre o papel das escolhas alimentares para eles,

família, e para os mesmos que constroem o futuro da humanidade. Outra questão abordada foi a importância do “abraço” aos alimentos e aos filhos, a amorosidade necessária que respeita e cuida dos alimentos no preparo das refeições, e a aproximação com os filhos. A horizontalidade desenvolvida naquele espaço permitiu que mães demonstrassem a importância do amor ao cozinhar, a dificuldade de outras em se aproximar dos filhos, e ainda deixassem lágrimas escorrerem por alguns olhos. Espaço que permitiu a reflexividade e o enfrentamento de várias questões do cotidiano daquelas mulheres e homens que participavam como mães e pais, que devem cuidar e que precisam de cuidados. O encontro foi finalizado com a construção coletiva do conceito de Alimentação Infantil Saudável e posteriormente contada uma história para fechar a atividade. Nosso conceito foi: Alimentação Infantil Saudável é alimentar as crianças com paciência, aproximando-se mais delas, conhecendo-as mais e se reconhecendo nelas, saber quais são seus alimentos preferidos, apresentar outros alimentos novostornando-os agradáveis ao paladar, pelo cuidado com o preparo e com o recheio de significados no exercício comensal, colocar em prática os novos conhecimentos sobre higiene, diminuir a ingestão de alimentos industrializados, aproveitar e valorizar mais os alimentos regionais, e por fim fazer tudo isso com muito amor. A história contada foi a saga de dois ratinhos que tentavam sair de uma armadilha, um desistiu, o outro insistente conseguiu sair. Concluímos que o ratinho que não conseguiu sair representa as dificuldades que inevitavelmente possuímos no dia-a-dia, e o outro a superação delas. Foi com o desejo de superar nossas dúvidas que alegremente compartilhamos nossos saberes, e juntos realizamos/construímos aquele encontro. **4. REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS :** O sistema de saúde pública no Brasil vem mostrando significativos avanços desde sua criação pela constituição de 1988, ele vem ampliando o número de equipes de Saúde da Família aumentando a cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), com isso, qualificando a assistência ao usuário com o intuito de reordenar o modelo de atenção do SUS (BRASIL, 2009, p. 9). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo substituir o modelo tradicional (hospitalocêntrico e médico-centrado) por uma atenção integral a saúde, que esteja mais perto das famílias e melhore a qualidade de vida da população. Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, com o principal objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços (BRASIL, 2009, p. 10). Os NASF trabalham no sentido de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. Assim, é apresentado pelo Ministério da Saúde (2009, p. 7) no Caderno de Atenção Básica nº 27 as Diretrizes do que orientam o trabalho desses núcleos, as quais são: - Ação interdisciplinar e intersetorial; - Educação permanente em saúde dos profissionais e da população; - Desenvolvimento da noção de território; - Integralidade, participação social, educação popular;- Promoção da saúde e humanização. Os NASF são compostos por nove áreas estratégicas, saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integra-

tivas e complementares. Nesse sentido, faz-se necessário o diálogo com os usuários, usando então a educação popular, que é uma das diretrizes dos NASF, como estratégia metodológica de intervenção junto às famílias. Para tanto temos que aprender com eles também, nos fazer entender e entendê-los, desenvolver espaços de construção de saberes, porque sem troca não tem como haver *educação*, mas depósito de informações, que poderão ser esquecidas com muito mais facilidade por todos nós. Se nós conseguimos dialogar aprenderemos mutuamente, uns com os outros comunicando seus saberes, construindo novos conhecimentos. Essa é uma forma de agir no mundo que chama a atenção para a necessidade de desenvolvermos o conhecimento a respeito dos outros, de sua história, tradições e espiritualidade, a fim de esclarecer nossa interdependência, para “uma gestão inteligente e apaziguadora dos inevitáveis conflitos” humanos. É o que aponta um dos pilares do Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI: Aprender a conviver (DELORS, 2001, p. 19). Dessa forma, são elementos básicos e complementares ao Aprender a Conviver os outros três pilares apresentados no Relatório: Aprender a conhecer; Aprender a fazer; Aprender a ser. Assim a educação precisa se organizar em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda a vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: - Aprender a conhecer → adquirir os instrumentos da compreensão; - Aprender a fazer → aprender a agir sobre o meio envolvente; - Aprender a viver juntos → aprender a participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; - Aprender a ser → via essencial que integra as três precedentes. Segundo o relatório da UNESCO estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta (DELORS, 2001, p. 90). A seguir faço um esquema que tenta representar a complementariedade desses pilares:



Paulo Freire diz que “[...] há uma forma de trabalho educacional através de que o Ser Humano, por aprender com o corpo, reescreve seu cansaço e reescreve o mundo [...]”. (FREIRE & NOGUEIRA, 2005, p. IV). Fazendo uso dessa frase e tomando como base o relato da experiência vivida, posso dizer que a educação popular é uma estratégia metodológica de intervenção em saúde que estimula o autoconhecimento dos usuários, reconhecimento do outro em si e vice-versa, o fortalecimento da autoestima, a criação de vínculos entre o serviço público de saúde e o usuário, a escuta sensível, o desenvolvimento de

uma consciência de mundo (visão cosmopolita), portanto, para a efetivação das diretrizes dos NASF. A promoção da alimentação saudável deve contemplar a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância com a introdução de alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, tendo em vista a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras (BRASIL, 2010, p. 9). A educação popular estimula o respeito ao outro, valorizando os diversos saberes, reconhecendo-o e fazendo-os dialogarem, refletindo sobre práticas e teorias em mesmo grau de importância, com isso, contribui com o processo de mudança de hábitos alimentares, incentivando e nos fazendo tomar pra si práticas saudáveis de alimentação junto aos nossos enfrentamentos cotidianos, e alegres em poder compartilhar nossa visão de mundo. **REFERÊNCIAS:** BRASIL. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010._____. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. BOOG, Maria Cristina Faber. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 139-147, 1999. DELORS, Jacques et al. **Educação: Um tesouro a descobrir.** Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 2.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC; Unesco, 2001. FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. **Que fazer: teoria e prática em educação popular.** 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2005. MANÇO, Angélica de Moraes; COSTA, Fátima Neves do Amaral. Educação Nutricional: caminhos possíveis. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 15, n. 2, p. 145-153, 2004. SANTOS, Akiko. Complexidade e transdisciplinaridade em educação: cinco princípios para resgatar o elo perdido. **Rev. Brasileira de Educação**, v. 13, n. 37, p. 71-84, 2008. VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** 5. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

Mediações pedagógicas para a promoção da saúde: as práticas integrativas e complementares de cuidados em saúde em Aracaju

Maria Cecília Tavares Leite

O trabalho constitui-se em um relato de experiência sobre o processo de difusão de informação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Cuidado no espaço da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, articulando esse processo ao caminhar da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS\SE. Ademais, problematiza elementos para a reflexão sobre as mediações pedagógicas que podem ser construídas quando da implantação da Política de Práticas Integrativas e Complementares de Cuidado em saúde a partir dessa experiência específica, da proposta pedagógica que pode ser dela extraída especialmente se ela é construída a partir do diálogo entre os diversos sujeitos, saberes e projetos, ao tempo que ressalta a importância do protagonismo popular no processo de construção da proposta.

1 . Introdução: A experiência de participação na construção e implementação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular de Saúde – ANEPS em Sergipe, desde o ano de 2003, permitiu o diálogo, entre tantos outros, com diversos trabalhadores da saúde e atores populares que desenvolvem práticas de cuidado em saúde e o consequente processo de construção da política municipal de práticas complementares de cuidado em saúde de Aracaju. Essa experiência tem contribuído para as reflexões construídas sobre a importância dessas práticas enquanto mediação pedagógica para a promoção da saúde e está, parcialmente, sistematizada neste trabalho. As linhas basilares da proposta que surge enquanto políticas estão centradas no propósito de fortalecer os processos de mudança do modelo de atenção em saúde hegemônico até então e alterar substantivamente os processos de trabalho no SUS, justificadas pela necessidade urgente de ampliar os processos participativos através do fortalecimento da mobilização e do protagonismo popular e do estímulo ao diálogo entre os diversos saberes, especialmente nas práticas educativas e complementares de cuidados. Estas Políticas, tal qual propostas nos encontros e fóruns que se desencadearam especialmente a partir de 2003, propõem uma prática pedagógica e clínica que perpassa as ações voltadas para a promoção, prevenção e a recuperação da saúde, que valoriza os saberes populares, incentiva a produção de conhecimentos pelos diversos sujeitos e o fortalecimento da inserção destes saberes no SUS. Em movimento ascendente, processos nacionais e locais de construção da proposta de resgate do debate e construção de políticas das práticas integrativas e complementares de cuidado em saúde foram se constituindo, tais como a experiência de Aracaju. **2. A Experiência de Aracaju: os passos iniciais para a construção da proposta:** Desde 2003, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde\SE, através do seu núcleo estadual, tem problematizado sobre os modelos técnicos assistenciais construídos no âmbito do SUS e sobre as formas dessas

construções, que geralmente privilegiam o saber técnico em detrimento do saber popular e reforçam o foco nos aspectos biológicos, ainda que anunciem a necessidade de ruptura com essa forma de processar a saúde. Como acúmulo dessa experiência, no ano de 2006, em Aracaju, foi realizado o II Encontro Nacional da ANEPS com o tema “A Educação Popular e o fortalecimento do SUS: por onde andam as nossas trilhas”, com a participação de mais de 600 pessoas, quando foi discutida a importância da ANEPS e sua estruturação em nível nacional e quando foi impulsionada sua ação no nível local, em estreita articulação com a Universidade Federal de Sergipe e com os movimentos populares. Nesse Encontro, ficou visível a grande participação de cuidadores populares de saúde e as verbalizações sobre a importância de espaços de encontros entre os diversos saberes. O caminhar da ANEPS em Sergipe tem evidenciado forte tradição dos cuidados populares baseado nas plantas medicinais e, com a crescente produção do saber sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicas enquanto projetos terapêuticos e a edição da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas, tem impactado a forma de construção do modelo assistencial de saúde e a produção de projetos terapêuticos e de cuidado em Aracaju. Assim, com a ANEPS a servir como elemento impulsionador e aglutinador, o que se assiste é o crescer dos debates e reflexões sobre as práticas integrativas e complementares de cuidado em saúde em Aracaju, dando visibilidade aos trabalhadores e populares que já desenvolviam tais práticas, além do crescente interesse desses sujeitos pelo tema. Exemplo de tal afirmativa foi quando, na oficina sobre plantas medicinais realizada na Semana de Extensão da Universidade Federal de Sergipe, em 2007, coordenada pelo Movimento Popular de Saúde (MOPS) e ANEPS\SE, surgiu a proposta de organização de atividade de extensão, através de oferta do “Curso de Extensão Popular em Fitoterapia”, que está na segunda edição, para os trabalhadores e atores dos movimentos populares, construído através da articulação com a Pró Reitoria de Extensão da UFS. No espaço institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, para coordenar as crescentes demandas e articular essa frente de trabalho, o gestor municipal criou a referência técnica das Práticas Integrativas e Complementares de Cuidado, que tem estruturado sua ação em estreita articulação com as instituições formadoras dos trabalhadores da saúde, especialmente com a Universidade Federal de Sergipe, fruto também da qual se estruturou a proposta do Pró-Saúde e pesquisa a ser realizada por docentes e discentes do curso de Serviço Social através do PIBIC 2012 (em análise). Além da articulação com as IFES, também tem sido cada vez mais estreita a aproximação com os atores dos movimentos populares, especialmente com a Articulação dos Movimentos e Práticas de Educação Popular – ANEPS\SE e com o Movimento Popular de Saúde – MOPS\SE. Para tanto, vem sendo desenvolvidas propostas de qualificação da formação continuada dos profissionais de saúde implicadas com a construção permanente de processos dialógicos sobre os temas e demandas que surgem no cotidiano de consolidação do SUS e que sirvam de apoio aos trabalhadores e aos diversos atores sociais que trilham nos seus caminhos. Esses processos pedagógicos devem ter como base a análise do contexto sócio-político e cultural onde atuam os trabalhadores e os diversos atores sociais e como pressupostos a aprendizagem significativa, que promove sentidos para a ação, que promove o respeito aos diversos saberes e culturas e

concebe o cotidiano de atuação como um processo de trabalho a ser refletido e problematizado (FREIRE, 2000). Processos pedagógicos que problematizam os determinantes da política de saúde reconhecem e evidenciam seus tensionamentos e conflitos, cartografam as concepções de saúde existentes nas propostas dos diversos modelos técnicos assistenciais e assumem como objetivos afirmar o princípio da integralidade por meio da articulação entre serviços de saúde e práticas integrativas e populares de cuidado, estimulando relações de cooperação mútua e solidárias entre gestores, profissionais e usuários. **3. Conclusões:** Os caminhos que indicam o processo de resgate das Práticas Integrativas e Complementares de Cuidado em Saúde em Aracaju, não constituem processos lineares, mas marcados por tensionamentos reveladores de disputas de espaços e projetos de concepções e formas de cuidados. Tensionamentos entre o instituído e o instituinte, entre o “científico e o popular”, entre o agente técnico e o agente popular, entre a “desordem” da participação popular e a assepsia dos processos unilaterais. Percebe-se que, em Sergipe, é forte a tradição do uso de plantas medicinais e das práticas populares de cuidado em saúde, tradição essa resgatada pelos processos participativos desencadeados especialmente a partir de 2003 com a criação da ANEPS que, em nosso estado, tem ampliado o debate sobre as possibilidades do uso seguro e racional dessas práticas no sistema de saúde. Ademais, é possível perceber, ainda, que tem crescido também o debate sobre a necessidade de ampliação dos espaços que se caracterizam pelo diálogo e encontro desses saberes, a visibilidade cada vez maior dos trabalhadores e atores populares que as desenvolvem e a necessidade imperiosa de construção de uma política municipal, que garanta e viabilize essas práticas no âmbito do SUS. **Referências:** ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade.** São Paulo: HUCITEC, 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS.** Brasília, 2006b. 92 p. CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 53-92. _____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde,** v. 3 n. 1, p. 9-30, 2005. STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V.; STOTZ, E. N. (Orgs.). **Participação popular, educação e saúde:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. VALLA V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, n. 14, supl. 21, p. 7-18, 1998. VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. _____. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: HUCITEC, 1999.

O PET saúde da família em Aracaju: processo de construção de cenários, diálogos e sujeitos

Maria Cecília Tavares Leite

Trata-se de relato de experiência desenvolvida no Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde da Família de Aracaju, estruturado na perspectiva de viabilizar a integração ensino – serviço - comunidade e contribuir com o processo de construção de novos perfis profissionais para a inserção no SUS através da atuação de docentes e discentes no cotidiano das Unidades de Saúde da Família. Objetiva refletir as mudanças que são requisitadas na atuação e formação profissional para atender orientações do SUS e parte da análise histórica de construção do trabalho e das experiências que estão vinculadas à Atenção Básica. Considerando que a experiência se constitui um espaço privilegiado de aprendizagem a partir de ações plurais, coletivas e dialogadas produzidas nos diversos cenários de prática, espera-se que os resultados produzam as transformações efetivas no perfil dos sujeitos envolvidos.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: No contexto atual de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, apesar de serem visualizados alguns avanços nas práticas dos profissionais, tais como o trabalho em equipe e as mudanças operadas nos processos de trabalho, especialmente a partir da criação do PSF, em 1994, diversas lacunas ainda são constatadas para que se efetivem plenamente os seus princípios (TAVARES, 2009). Assim, para qualificar a formação profissional na perspectiva de criação de perfis de novos profissionais de saúde e para tornar mais estreita a aproximação dos profissionais de saúde com a realidade do SUS, foram construídas diversas estratégias ao longo desses anos, tais como a construção do PET -Saúde da Família, criado como fruto da articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de estreitar a relação ensino-serviço-comunidade, possibilitar que discentes dos cursos da saúde se insiram cada vez mais cedo no âmbito do SUS e, dessa forma, construir novos perfis profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Refletir sobre o processo de construção do PET em um território específico, no caso Aracaju, com suas características e singularidades, é objetivo deste trabalho.

2. O PET-SAÚDE DA FAMÍLIA EM ARACAJU: Em Aracaju, o PET-Saúde da Família existe desde o ano de 2009, as atividades desenvolvidas partem dos princípios e eixos que orientam o programa em todo o país e estão assim estruturadas: Inserção dos discentes, de forma interdisciplinar, na equipes das Unidades de Saúde da Família do SUS-Aracaju, sob orientação técnica de profissionais dos serviços (preceptores) do seu núcleo profissional e de um docente (tutor), como princípio que o processo de construção do conhecimento deve ocorrer de forma coletiva e a partir da problematização dos aspectos do território e da forma como, no local, os serviços se estruturam. A designação do tutor para os grupos de discentes ocorre sem a referência ao núcleo profissional como forma de possibilitar que as reflexões assim ocorram e não sejam estruturadas a partir das “necessidades do profissional”, especial-

mente se essa ocorre na perspectiva individualizante que produz somente ações ambulatoriais, de consultório. As vivências ocorridas fomentam processos coletivos de construção de saberes e reflexões das práticas profissionais desenvolvidas articuladas à leitura da realidade de inserção de cada USF. Ter o território como referência das ações proporciona, ainda, experiências de aprendizagem com os sujeitos que nele se movimentam, com suas características geográficas, econômicas, sociais e culturais, o que propicia a observação e vinculação contínua com o usuário, a visão de clínica ampliada e de novos paradigmas para a formação dos profissionais e de referência para aqueles que já estão na rede de serviços de saúde; Para a organização das atividades, os temas geradores são organizados em módulos, iniciados com uma atividade coletiva na qual tutores, preceptores e discentes problematizam o conhecimento já produzido, realizam a análise da realidade seguida de identificação dos problemas e proposições de intervenções, considerando os limites e as possibilidades da implementação destas e planejam as atividades a serem desenvolvidas nas USF's, onde as experiências e saberes são (re) construídos, avaliados e compartilhados com os sujeitos locais; Construção de projetos de pesquisa a partir das necessidades detectadas, com os produtos transformados em artigos, na perspectiva de, também, romper com o distanciamento entre execução\serviço e produção do conhecimento\academia; Reunião semanal entre tutores, preceptores e discentes nas USF's para avaliação e construção das atividades e reunião, também semanal, dos tutores com a coordenação do programa, constituindo-se em momentos de construção teórico metodológica, de articulação e produção coletiva do PET em todos os níveis; Desenvolvimento de ações no Núcleo de Excelência que se caracteriza pela articulação e participação dos Departamentos envolvidos (medicina, enfermagem, odontologia e serviço social) através de seus tutores. 2. CONCLUSÕES PARCIAIS: As análises e reflexões empreendidas nesse estudo se voltaram para refletir sobre a formação dos profissionais de saúde a partir da experiência do PET Saúde da Família em Aracaju, enquanto proposta que objetiva contribuir para mudar o perfil dos profissionais de saúde através da inserção de docentes e discentes no cotidiano e serviços do SUS, especificamente no Programa Saúde da Família no Brasil. Essa Estratégia, em Aracaju, atraiu os olhares e debates sobre as possibilidades de inversão do modelo de assistência à saúde haja vista que a sua adoção implica na forma de organizar a produção de saúde em cada local, que, segundo o formato historicamente construído e consolidado, tem a rede de atenção estruturada na forma “tradicional” de assistência à saúde, atende basicamente à demanda espontânea, com atividades realizadas individualmente, e tem como objeto a doença, referenciada no olhar biológico e clínico, em um processo médico-centrado (TAVARES, 2009). Como visto, mudar essa lógica de estruturação dos serviços torna-se fundamental para garantir a plena efetivação dos princípios do SUS, especialmente o acesso universal, para o que foi criada a Estratégia Saúde da Família. No entanto, as requisições para tal desafio implicam também na construção de novos perfis profissionais, para o que foi criado o PET- Saúde, através do qual os discentes são inseridos em atividades desenvolvidas com as equipes de Saúde da Família, experimentam o aprendizado em um território, conhece suas características e sujeitos, com eles vinculam-se e responsabilizam-se por suas necessidades de saúde. Evidencia-se que a presença do PET – Saúde

da Família tem também contribuído para a reorientação da Atenção Primária e seus impactos podem ser observados nos questionamentos e interesse não só dos que fazem parte do programa, como também dos demais profissionais da rede de serviço, dos docentes e discentes que, de alguma forma, se inserem nesse nível de atenção. Constata-se continuamente a procura de informações sobre as atividades desenvolvidas para produção de trabalhos de pesquisa e de conclusão de cursos, além do acompanhamento de estágio curricular no Programa como é o caso dos docentes de Serviço Social. Ademais, a ação em equipe tem permitido também a visão da clínica ampliada, novo paradigma reconhecidamente importante para a formação profissional, com o pressuposto que todos os profissionais da USF fazem clínica, que essa não é uma ação exclusiva do médico. A introdução do conceito de “clínica ampliada” marca e redireciona os processos de trabalho, ao propor o rompimento com o saber clínico como uso exclusivo de um profissional e do estabelecimento de seu poder sobre os demais. Contribui, assim, para o estabelecimento de relações mais “horizontais” entre os diversos profissionais e com a população, fundamental nesse processo (MOREIRA, 2007). No entanto, esses novos paradigmas ainda não são efetivamente abordados na graduação, o que poder ser constatado durante os debates coletivos no qual os discentes demonstram desconhecimento sobre eles. Além disso, também o grande distanciamento entre os Centros da UFS, o pouco “diálogo” entre os projetos pedagógicos dos diversos cursos e os conhecimentos nele produzidos tem contribuído também para o distanciamento entre a formação profissional e o cotidiano dos serviços. Para a superação dessas lacunas, durante o PET, docentes, discentes e profissionais da Rede SUS – Aracaju tem experimentado a troca de conhecimentos, experiências e saberes, com a retirada do foco do núcleo profissional para as atividades de “campo” que são aquelas que envolvem todos os profissionais, ou seja, aquelas que podem ser desenvolvidas por qualquer profissional independente do núcleo. Dessa forma, a idéia é criar uma via dupla e continua de crescimento profissional nesse espaço vivo de ensino – aprendizagem, que é revertido em qualificação do ensino e do serviço. Apesar de todas as lacunas constadas, é possível afirmar que o PET-Saúde da Família tem contribuído qualitativamente com os serviços e com as condições para que a educação em serviço constitua-se numa diretriz que possibilite a reformulação dos projetos pedagógicos dos cursos, altere a forma de produção do conhecimento distanciado da dinâmica dos serviços e impacte efetivamente no perfil dos profissionais. REFERÊNCIAS: MENDES-GONÇALVES, R.B. *Práticas de saúde: processos de trabalho* *Necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal as Saúde de São Paulo; 1992. MOREIRA, Martha Cristina Nunes. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 mar. 2009. TAVARES, Maria Cecília. *A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento*. 2008. 257 f. Tese de Doutorado em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo/SP: 2009. UFSC/ DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL. *Processo de Construção do Espaço Profissional do Assistente Social em Contexto Multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família*. Flo-

rianópolis; 2007 mimeo. *SITES VISITADOS*: - http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597, em 01\05\2011). - <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 mar. 2009.

CIA Livre Acesso Teatro e Dança Inclusivos: cidadania-educação-cultura-inclusão

Maria Helena Tojal de Araujo

Leila Abrahão

Relatar as experiências das oficinas de teatro e dança com pessoas com deficiência, apresentando as duas últimas montagens realizadas pelos alunos. O objetivo principal destas oficinas é promover o desenvolvimento de indivíduos tornando-os capazes de transformar a si mesmo e ao meio em que vivem, proporcionado um espaço de criação com liberdade.

A Cia. Livre Acesso – Teatro e Dança Inclusivos iniciou suas atividades em novembro de 2005 com o nome de Grupo experimental de teatro inclusivo Livre Acesso. Desta época até hoje dinamizamos oficinas multissensoriais e de teatro e dança com jovens e adultos com e sem deficiências. Na nossa opinião, o desenvolvimento cultural e sensível do cidadão é um caminho privilegiado para alcançarmos o objetivo de chegarmos a ser uma sociedade inclusiva, que atenda a diversidade dos seres humanos. Queremos ampliar a qualidade do público que assiste aos espetáculos e dos participantes das nossas oficinas nas suas capacidades sociais de entrosamento com uma parcela da nossa sociedade de indivíduos com limitações. A Cia Livre Acesso tem um espaço para ensaios (Circo Voador- Lapa-RJ) com acessibilidade para qualquer deficiente e pessoal capaz de realizar as oficinas e a montagem de espetáculos com qualidade artística. Além das autoras, a equipe da Cia. conta com a psicopedagoga Graça Coêlho e o coreógrafo e bailarino Stefânio Vieira. Temos alunos com diversos tipos de limitação: Síndrome de X frágil, outros tipos de autismo, síndrome de Soto, paralisia cerebral, síndrome de Down, cadeirantes e deficientes visuais. Nosso principal objetivo: Propiciar um espaço de criação com liberdade onde possa haver o desenvolvimento de indivíduos capazes de transformar a si mesmo e ao meio em que vivem. A pessoa com deficiência precisa ser desafiada a parar de “representar” o papel de deficiente, construído a partir de ideias estereotipadas e preconceituosas, e lançar-se sem medo na vida, explorando suas potencialidades, vivendo todos os papéis desejados por seus sonhos. Um dos caminhos para o enfrentamento de uma sociedade preconceituosa, opressiva e desumana é buscar uma vivência que tenha como centro a visão do homem como ser simbólico, capaz de transformar a si mesmo e ao meio em que vive, construtor da coletividade, cuja capacidade de pensar está ligada à capacidade de sonhar, imaginar e jogar com a realidade. Nossa base filosófica se apóia nos chamados filósofos da corporeidade e das diferenças: Deleuze, Guattari e Spinoza. **ENCANTAMENTO – APAIXONAMENTO – CONHECIMENTO – PRAZER** “O que pode um corpo?”, pergunta Spinoza; “Quando um corpo encontra outro corpo, uma ideia, outra ideia, tanto acontece que as duas relações se compõem para formar um todo mais potente, quanto que um decompõe o outro e destrói a coesão das suas partes.” Nas palavras de Rubem Alves: “Primeiro

o enamoramento. Quem não está de amores com um objeto não pode conhecê-lo. Depois vêm os movimentos, a penetração, o conhecimento do bom que estava oculto” A partir dessas reflexões, o que buscamos?: **AMBIENTAÇÃO FAVORÁVEL – BONS ENCONTROS – AUMENTO DA POTÊNCIA DE AGIR** Como? Possibilitando uma ambientação favorável ao desenvolvimento da expressão criativa, o que leva a bons encontros que aumentam a potência de agir. Sabendo-se que: **JOGO TEATRAL= BRINCAR= CONHECER**. Baseamos também nosso trabalho nas teorias de Winnicott e Vygotsky, ambos estudiosos do desenvolvimento do ser humano. Winnicott afirma que “há um vínculo entre a saúde emocional individual e o sentimento de se sentir real” e que “é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação”. Jogar teatralmente é uma *experiência de onipotência*, quando o participante experimenta suas possibilidades de ressignificação, alterando e recriando o mundo e a si mesmo. Constatamos dentro da nossa experiência, que ter um espaço para poder criar desenvolve a capacidade de ser feliz, de se sentir inteiro, acreditamos que, neste aspecto, as atividades oferecidas nas nossas oficinas, que envolvem corpo e mente em uníssono, servem como espaço transicional, dentro da teoria de Winnicott que diz: “Uma grande parte da vida saudável tem a ver com as várias modalidades de relacionamento objetal e com um processo de “vaivém” entre o relacionamento com objetos externos e internos”. No brincar existe uma simulação de todos os tipos de ações que lembram de maneira muito marcante as ações reais que os alunos das oficinas terão de praticar quando tiverem que se sustentar emocionalmente no seu dia-a-dia. Corroborando com Winnicott, Vygotsky afirma: *“El niño mimetiza las impresiones externas que percibe del medio que la rodea. Com la fuerza de su instinto y de su imaginación, crea el niño las situaciones y el ambiente que no le proporciona la vida para improvisar impulsos emocionales (heroísmo, arrojo, abnegación)”* A poesia de Mário Quintana, o grande poeta gaúcho, também nos apresenta a relação criança/brinquedo/imaginação: *“Mentiras, Lili vive no mundo do faz de conta... Faz de conta que isto é um avião. Zzzzzuuu... Depois aterrizou em um piquê e virou um trem. Tuc tuc tuc tuc... Entrou pelo túnel, chispando. Mas debaixo da mesa havia bandidos. Pum! Pum! Pum! O trem descarrilou. E o mocinho? Onde é que está o mocinho? Meu Deus! onde é que está o mocinho?! No auge da confusão, levaram Lili para cama, à força. E o trem ficou tristemente derribado no chão, Fazendo de conta que era mesmo uma lata de sardinha”*. Para atingirmos as nossas metas educacionais nossas ferramentas são o teatro e a dança e nossos mestres são Augusto Boal, Amir Haddad e Angel Vianna. Augusto Boal afirma que “Todo teatro é necessariamente político, porque políticas são todas as atividades do homem, e o teatro é uma delas.” e que “Pode igualmente ser uma arma de libertação”. O teatrólogo também nos lembra que o ser humano sempre teve prazer com atividade teatral, quando declara: “Teatro era o povo cantando livremente ao ar livre: o povo era o criador e o destinatário do espetáculo teatral”. A separação foi feita pelos poderosos, pela aristocracia, artistas eram seres especiais e podiam estar no palco, “as outras pessoas permaneceriam passivas, receptivas: os espectadores, a massa o povo”. Amir Haddad corrobora com Boal quando afirma: “Ser artista é uma possibilidade que todo mundo tem, independente de ofício, carreira ou arte. É uma possibilidade de ir ao encontro de si mesmo, de sua expressão, do direito à sua felicidade. A possibilidade de ir ao encontro de si mesmo, de sua expressão, de sua felicidade, plenitude,

liberdade é direito de todos e quaisquer seres humanos. Direito de se livrar dos seus papéis, de inverter suas especialidades e de sentir vivo. Todo mundo pode viver sua expressão sem estar preso a um papel. (...)”. A importância de vivenciarmos o corpo no jogo teatral nos vem dos estudos de Angel Vianna que afirma: “Dançar é muito mais aventurar-se na grande viagem do movimento que é a vida, a dança é auto-conhecimento, exploração do mundo e reinvenção do eu e da relação deste Eu com o Outro. O trabalho da dança possibilita um profundo mergulho na experiência corporal do indivíduo e entendemos “corporal” não como um setor fragmentado da pessoa, mas sim como o lugar de encontro e manifestação de tudo que ela é”. O indivíduo tem que participar do processo ensino-aprendizagem de forma ativa, não sendo apenas um espectador, um receptáculo de informações e, sim, sendo um investigador, um experimentador, em toda a sua potencialidade. O trabalho do teatro e da dança na educação visa principalmente possibilitar isto: **experiências do indivíduo consigo mesmo e com o outro, como dissemos num ambiente favorável à liberdade de criação**. Nas palavras de Madalena Freire, filha de Paulo Freire, encontramos a seguinte crítica à educação não libertadora: “A concepção autoritária, quando nega, castra a expressão do desejo do educando (e do educador), quando defende a passividade, a homogeneidade, quando doa mecanicamente o conhecimento, fazendo do educando um mero repetidor de conhecimento e de desejos alheios ao que seu coração e inteligência sonham, educa para a morte. Pois desejo e criação foram soterrados”. Na sociedade em que vivemos, faz-se necessário dar-se atenção a uma educação do sensível, a uma educação do sentimento e, através do fazer teatral, o indivíduo desenvolve a capacidade de se experimentar junto ao outro, de sentir em grupo, de se sentir integrado no todo, o que “poder-se-ia muito bem denominar *educação estética*. (...) um retorno à raiz grega da palavra “estética” – *aisthesis* – indicativa da primordial capacidade do ser humano de sentir a si próprio e ao mundo num todo integrado. (...) Deve-se entender estética, aqui, em seu sentido mais simples: vibrar em comum, sentir em uníssono, experimentar coletivamente” (Duarte Jr.). Desenvolvemos nosso trabalho a partir de atividades dentro do contexto das “histórias”, que podem advir de poesias, letras de música, texto narrativo, texto teatral propriamente dito e textos da cultura popular e são selecionadas para improvisação ou para a montagem dos espetáculos, privilegiando a expressão corporal, através da discussão coletiva de como o personagem age fisicamente e de que sentimentos movem este personagem. Faz-se nesse momento a comparação da “vida” dos personagens com a vida cotidiana dos alunos. As ações externas/internas do personagem que perpassam o texto são descobertas aos poucos pelos alunos, durante todo o processo. Os alunos compreendem o que estão realizando e aumentam em muito seus conhecimentos. Os limites de cada um vão sendo superados no dia a dia da Oficina, respeitando-se suas características individuais. Durante as cenas realizadas por eles, na experiência com cada “nova vida” representada através do jogo teatral, no brincar com as situações vividas pelos personagens, os alunos são estimulados a fazer todos os “papéis”, colocando em cena os seus próprios sentimentos e experiências de vida dentro da “história” proposta. . No brincar, no jogo teatral, existe uma simulação de todos os tipos de ações que lembram de maneira muito marcante as ações reais que os alunos das oficinas terão de praticar quando tiverem que

se sustentar emocionalmente no seu dia-a dia. Trabalha-se com o tempo e o espaço da “história” comparando-se sempre com o espaço e tempo vividos por eles em seu cotidiano, levando-os a desenvolverem seus aspectos cognitivos em relação aos aspectos da vida. Muitas das vezes trabalhamos com textos oriundos da cultura popular, pois são de fácil entendimento pelos alunos com baixa intelectualidade, pois se aprofundam nos sentimentos humanos, mas na sua forma não há rebuscamento. O folclorista Câmara Cascudo fala sobre a força do texto popular: “Ao lado da literatura, do pensamento intelectual letrado, correm as águas paralelas, solitárias e poderosas da memória e da imaginação popular”. Deixamos aqui o relato de Clarissa Pinkola Estés sobre a importância das histórias na vida do ser humano. Ela nos conta o que aprendeu com seus antepassados: “... o relato de uma história é considerado uma prática espiritual básica. Histórias, fábulas, mitos e folclore são aprendidos, elaborados, numerados e conservados da mesma forma que se mantém uma farmacopéia. Uma coleção de histórias culturais (...) é considerada tão necessária para uma vida longa e saudável quanto uma alimentação razoável, trabalho e relacionamentos razoáveis”. Durante as oficinas são realizados exercícios de respiração e voz, de libertação/conscientização corporal, de imaginação, de memorização significativa, praticados dentro do contexto da “história”. Os exercícios mediados pelo dinamizador estimulam os alunos a mostrarem o seu “belo”. Todos os corpos são belos quando estão inteiros no processo da criação artística. Resultado: todos se sentem mais capazes, mais bonitos, mais felizes. Criar é um prazer intrínseco ao ser humano, pois, “*Somos sujeitos porque desejamos, sonhamos, imaginamos e criamos; na busca permanente da alegria, da esperança, do fortalecimento da liberdade de uma sociedade mais justa, da felicidade a que todos temos direito.*” (Madalena Freire). Ter um espaço para poder criar desenvolve a capacidade de ser feliz, de se sentir inteiro. As atividades oferecidas nas oficinas de teatro e dança servem como espaço transicional, dentro da teoria de Winnicott. Jogar teatralmente é uma *experiência de onipotência*, quando o participante experimenta suas possibilidades de ressignificação, alterando e recriando o mundo e a si mesmo. O teatro proporciona exatamente esse processo. Nas atividades com jogos teatrais, como espaço transicional, quando a pessoa “entra na pele” de personagens diversos, ela transita entre seu mundo interno e o mundo externo e os vários personagens internos se expressam nos personagens que vem à cena. Para que um ator ou participante de uma oficina de teatro crie um personagem, ele precisa passar por um processo, menos ou mais longo, menos ou mais dolorido, menos ou mais prazeroso, mas ele tem que brincar de ser outro alguém e aí a criatividade se desenvolve. Viola Spolin fala sobre os jogos teatrais na sala de aula: “*Através do brincar, as habilidades e estratégias necessárias para os jogos são desenvolvidas. Engenhosidade e inventividade enfrentam todas as crises que o jogo apresenta, pois todos os participantes estão livres para atingir o objetivo do jogo a sua maneira.*”. Criar é recriar o mundo. Winnicott afirma que “A criatividade é, portanto, a manutenção da vida de algo que pertence à experiência infantil: a capacidade de criar o mundo.” e complementa “É somente sobre uma continuidade no existir que o sentido do *self*, de se sentir real, de ser, pode finalmente vir a se estabelecer como uma característica da personalidade do indivíduo.” **Primeira montagem de 2011 realizada pela Cia. Livre Acesso: O Romance da Lua e do Sol.** O espetáculo tem em seu elenco 3 atores cegos da Cia. e 3 atores videntes que fazem parte da equipe que desenvolve as oficinas. A ideia principal é mostrar ao público infantil a capacidade artística das pessoas com defici-

ência, no caso pessoas cegas, que atuam, cantam e dançam como quaisquer atores videntes, desenvolvendo na criança e em seus responsáveis seu senso de cidadania e solidariedade social, de modo a aceitar e conviver bem com as diferenças existentes numa sociedade que se quer inclusiva. Durante o espetáculo, os atores cantam e dançam, divertindo crianças e adultos, a partir de textos poéticos que abordam com muito humor temas como: a ida ao dentista, a curiosidade infantil, o medo de vampiros, o meio ambiente, atentando para questões como o amor, o ciúme e a inveja e, ainda, lidando com aspectos que envolvem a Ciência, a Higiene e a Astronomia. No decorrer do espetáculo vão surgindo diversos personagens apresentados cada um a partir de um ritmo musical diferente: o samba das Formigas Alpinistas, o blues da Serpente Sarará, o tango do Vampiro Ciro, o rap do Jacaré André, etc. O espetáculo utiliza o diálogo entre duas linguagens: a cênica e os recursos da sonoplastia radiofônica, esta última construída no momento presente da atuação (sonoplastia realizada através de vários materiais do cotidiano que são transformados em materiais sonoros). Em todo o transcorrer do espetáculo, o público é despertado sensorialmente, com o objetivo de ativar na memória dos espectadores sensações olfativas, auditivas e táteis, visando também um público de pessoas com deficiência visual. A ideia da montagem desse espetáculo surgiu a partir do filme “Vermelho como o Céu”, que conta a história de um menino que fica cego aos oito anos de idade e é transferido para uma escola só para meninos deficientes visuais (Na época não havia a inclusão de pessoas com deficiências nas escolas de ensino regular). A partir de diversos materiais que o menino encontrava pela escola, ele ia pesquisando a sonoridade desses objetos de forma a criar histórias. Hoje ele é um renomado sonoplasta do cinema italiano. A partir disso, veio a nossa mente que nossos alunos cegos, em seu cotidiano, pesquisassem diferentes sons que pudessem ilustrar os textos poéticos. Daí utilizarmos os recursos da sonoplastia radiofônica no espetáculo. As técnicas corporais de Rudolf Laban foram experimentadas com os atores durante as oficinas. Laban nos diz: “A extraordinária estrutura do corpo, bem como as surpreendentes ações que é capaz de executar são alguns dos maiores milagres da existência. Cada fase do movimento, cada mínima transferência de peso, cada simples gesto de qualquer parte do corpo revela um aspecto de nossa vida interior. Cada um dos movimentos se origina de uma excitação interna dos nervos, provocada tanto por uma impressão sensorial mediata quanto por uma complexa cadeia de impressões sensoriais previamente experimentadas e arquivadas na memória”. Durante os trabalhos de montagem do espetáculo, a preparação corporal dos atores baseou-se nos estudos de Laban sobre as oito ações básicas do movimento, relacionadas a emoções e sentimentos, e suas qualidades: espaço, direção, tempo, peso e fluxo. Depoimentos de dois dos atores cegos envolvidos no processo dessa montagem: O ator Chico Chagas, com cegueira adquirida na idade adulta, fala em entrevista gravada pelas autoras: “No teatro, encontrei a alegria de viver, eu era muito inibido, tinha vergonha de falar em público” e mais: “Tato e cérebro. Através do tato, o tato nos guia direitinho e a mente, a nossa mente, através do cérebro e da sensibilidade. O teatro ajudou muito, se não fosse o teatro, eu *tava* com tudo atrofiado.” As palavras de Chico Chagas nos remetem a um texto de Aduino Novaes, citando Evgen Bavar, fotógrafo e Doutor em Filosofia da Estética que ficou cego aos doze anos, que diz que

“devemos ampliar nossa percepção, pondo a alma na ponta dos dedos, que o refinamento do tato é possível, porque, geralmente é desenvolvido pela experiência reiterada do tocar a memória das sensações provocadas em diferentes pontos”. A atriz Regina Célia, também com cegueira adquirida na vida adulta, fala em entrevista gravada pelas autoras: “No teatro a gente não tem que se preocupar, pode fazer o que *dá na telha*, a timidez vai embora, você fica despachado ... É como se estivesse aberto um universo à minha frente, eu alcancei um universo que eu achava que não ia alcançar nunca na minha vida, através da arte. A cada pessoa que vai, a cada pessoa que vem, são novas amizades, novos conhecimentos, novas percepções... Eu me sinto bem de espírito, de corpo e mente. No momento da minha atuação é como se eu estivesse enxergando...”. **Segunda Montagem de 2011 realizada pela Cia. Livre Acesso: O Grande Circo Livre Acesso.** Em “O Grande Circo Livre Acesso”, as linguagens teatral e circense estão juntas para fazer rir e, também, promover a conscientização a respeito da violência contra a mulher, abrindo os olhos do público para o talento de 19 atores, 14 deles portadores de deficiência, que compõem o elenco da montagem. O espetáculo representa um circo cigano que chega ao Brasil no século XIX, trazendo suas atrações e muita música cigana, com uma linguagem muito leve, ideal tanto para crianças quanto para adultos. Um dos pontos altos do espetáculo é a dança cigana realizada por jovens em cadeiras de roda e a previsão feita por “Madame Lulu” que, na sua bola de cristal, vê o que acontecerá no futuro, no século XXI. Na previsão de “Madame Lulu” é abordada a Lei Maria da Penha, de 2006, dentro de um esquete dramático, que é uma tradição dos antigos circos. Após sofrer uma agressão, uma mulher se junta a outras mulheres para um “apitaco”, um protesto bem sonoro e chamativo. Como resultado, o agressor paga por aquilo que fez e a idéia de que é preciso “fazer barulho” em casos semelhantes na vida real é transmitida para o público feminino. Segue o depoimento da aluna Ívila Carolina Martins, portadora de Síndrome de Soto: “Por causa do teatro, eu modifiquei para melhor. Eu era muito fechada e eu me abri. As pessoas me olham de uma maneira diferente, estou mais adulta. Mudei minha maneira de viver, mudei meu pensamento. Aprendi a ajudar os outros mais ainda. Eu estou mais segura de mim mesma. Ando mais disposta. Faço coisas que antes não fazia. Estou mais ativa fisicamente. Decoro os textos com mais facilidade. Ando mais empinada. Tenho menos vergonha de entrar nos lugares e falar com as pessoas. Tenho certeza que isso tudo foi por causa do teatro”. Camila Scoralick, com Síndrome de Down, também aluna das oficinas, afirma: “Eu adoro fazer teatro. Me sinto leve, solta. Tira a minha timidez. Sempre sonhei em fazer teatro. Eu quero ser atriz. Eu me sinto feliz”. O hoje coreógrafo da Cia. Livre Acesso, Stefânio Vieira, nos deu o seguinte depoimento no ano de 2007, quando ainda era aluno das oficinas: “Não estava em meus planos fazer teatro, fui forçado pela vida a utilizar o teatro como terapia ocupacional, pois fui acometido por um AVC, ficando, inicialmente, hemiplégico e, dentre outras complicações, sem memória. O teatro, ao contrário do que muita gente pensa, inclusive eu pensava, se utiliza de vários métodos para chegar ao ponto de entrarmos em cena. Esses métodos me ajudaram profundamente, agindo diretamente no que me afetava, passando a me levar a situações tão fortes que minha memória melhorou assustadoramente. Meus sentidos ficaram aguçados e minha coordenação moto-

ra, antes debilitada, ficou perfeita. A Oficina de Teatro da professora Helena Tojal tomou uma proporção tamanha, que agora estou cursando a faculdade de Artes Dramáticas (antes fazia o curso de Direito). Dentre outras coisas, o teatro me proporcionou alegria, vontade de viver, podendo colocar para fora todos os personagens existentes em mim, ou não. Enfim, poderia me estender, fazendo uma enorme redação sobre o assunto, mas resumirei em uma simples palavra: *prazer*". **CONCLUSÃO: CRIATIVIDADE- AUMENTO DE POTÊNCIA-TRANSCENDÊNCIA:** Para finalizar este texto, queremos refletir sobre os arquétipos da águia e da galinha. "A galinha expressa a situação humana no seu cotidiano, (...) na dimensão inevitável de limitações e sombras que marcam a vida, numa palavra, em sua imanência. A águia representa a mesma vida humana em sua **criatividade**, em sua capacidade de romper barreiras, em seus sonhos, (...) em sua transcendência. Ambos se complementam. Traduzem o dinamismo humano, enraizado por uma parte e sempre aberto por outra".(Leonardo Boff). O que propomos dentro da Cia. Livre Acesso é que nossos alunos tenham a oportunidade de vivenciar o arquétipo águia, sentindo-se capazes de voar para além de seu cotidiano e de suas limitações. **REFERÊNCIA:** BAVCAR, Evgen e outros. **O Ponto Zero da Fotografia.** Rio de Janeiro: Very Special Arts Brasil, 2000. BOAL, Augusto. **Teatro do Oprimido e outras poéticas políticas.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988. BOFF, Leonardo. **A Águia e a Galinha – Uma Metáfora da Condição Humana.** Petrópolis: Vozes, 1999. DUARTE JR., João Francisco. **O Sentido dos Sentidos – a educação (do) sensível.** Curitiba: Criar Edições, 2001. PHILIPPINI, Angela. **Cartografias da Coragem – Rotas em Arte Terapia.** Rio de Janeiro: Pomar, 2000. FREITAS, Maria Teresa de Assunção. **Vygotsky e Bakhtin – Psicologia e Educação: Um Intertexto.** São Paulo: Ática, 1996. FERREIRA, Carlos Alberto de Mattos e RAMOS, Maria Inês Barbosa. **Psicomotricidade Educação Especial e Inclusão Social.** Rio de Janeiro: Wak editora, 2007. FREIRE, Madalena. Revista Paixão de Aprender, nº 1. Porto Alegre: SME, 1987. LABAN, Rudolf. **O Domínio do Movimento.** Rio de Janeiro: Summus Editorial, 1978. QUINTANA, Mário. **Sapato Florido.** Porto Alegre: 1948. TOJAL, Helena e outros. **Diversidade na Arte- Olhares sobre uma Prática.** Rio de Janeiro, Instituto Helena Antipoff, 2008. VYGOTSKY, L. S.. **La Imaginación y la Arte em la Infância.** México: Hispánicas, 1987. _____ **A Formação Social da Mente.** São Paulo: Martins Fontes, 1994. _____ **Pensamento e Linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 1993. WINNICOTT _____, D. W. **O Brincar e a Realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Humanização e educação popular: encontro que constrói o SUS nos locais de produção de saúde

Maria Lucia Franco Vaz de Oliveira

Cleudir Pereira Barbier

Estela Marcia Rondina Scandola

O projeto desenvolvido no âmbito da COES – Coordenadoria de Educação na Saúde da Secretaria de Estado de Saúde, envolveu 12 municípios, 743 trabalhadores em saúde e contou com um grupo de 15 facilitadores. As oficinas ocorreram com encontros de 20 horas e teve como roteiro: o mundo do trabalho no SUS; o SUS e agindo sobre a realidade. Todo o planejamento ocorreu com os facilitadores que trabalharam em dupla e esta tinha liberdade de mudança de roteiro, inserção de atividades desde que apresentando aos demais e fazendo avaliação permanente do processo. Os grupos de trabalhadores em saúde eram heterogêneos entre as categorias profissionais e formação, proporcionando encontros que muitas vezes não ocorria no dia-a-dia. Nas oficinas eram problematizadas as realidades cotidianas e a busca de encaminhamento para as situações dadas. Ao final, era construído um banco de boas ideias que se tornava o embrião de um plano municipal de humanização no SUS. Dentre os aspectos facilitadores esteve o comprometimento dos monitores e a educação permanente desses e dentre os dificultadores a burocracia pública e o preconceito em relação a metodologia problematizadora e a educação popular.

O Projeto de Humanização desenvolvido no âmbito da Coordenadoria de Educação na Saúde – COES, por meio da Escola de Saúde Pública Jorge David Nasser, envolvendo técnicos, gestores e trabalhadores em saúde, constituiu-se numa proposta inicial de discutir a temática e experienciar processos de encontros entre os trabalhadores em saúde que, a partir da sua vivência, pudessem repensar a prática cotidiana com os usuários dos serviços, as relações de trabalho e as possibilidades de avançar em vínculos da realidade com os princípios do SUS. Construir esse projeto, desta forma, não poderia ser uma ação técnica de proponentes no âmbito estadual ditando regras a serem vividas no âmbito dos serviços. O próprio processo participativo com os monitores constituiu-se em um método a ser profundamente vivido, na medida em que coletivamente diferentes vivências de SUS, a utilização dos serviços, a compreensão dos princípios e, sobretudo, os sentimentos que nos ligam ao Sistema a partir da história de cada um, criaram e recriaram os diferentes momentos que foram denominados de “oficinas locais”. *E s c u t a r* todas as atrizes/atores sociais que participaram desse processo, aprender e desaprender, como afirma Santos (2008), e colocar o centro do mundo em cada localidade, como afirma, Santos (2007), complexifica o método de ensino-aprendizagem, posto que coloca para os educadores a insegurança necessária que lhe possibilita abrir mão do saber científico e o coloca ao encontro da práxis da aprendizagem coletiva como propõe Freire (1996). Mais do que isso, abre espaços para a escutatória que pode transformar a

dor e o sofrer em pérolas, como defende Alves (2008). Não se trata, pois, tendo esses autores na base do trabalho educativo, considerar que a Humanização possa ser um processo apenas motivacional para que o trabalhador se relacione bem com o usuário, como quer alguns simplistas. Trata-se de compreender o mundo do SUS nas diferentes complexidades possíveis, compostas de sujeitas e sujeitos históricos, encarnados na realidade e partícipes de um mundo que exige, a todo tempo, tomadas de decisão nos desafios oferecidos pela realidade no encontro com o SUS. As diferentes experiências que podem ocorrer de Humanização no SUS, desta forma, somente poderão ocorrer a partir do envolvimento de diferentes coletivos e nas localidades, respeitando-se os processos de cada grupo. Por isso, o trabalho que se apresenta quer expressar, de forma resumida, o que foi possível apreender do processo, nestes incluídas as pessoas envolvidas: coordenação, monitores, trabalhadores em saúde. É desse encontro que há um caldo de possibilidades de respostas à realidade. Não é pretensão exprimir todo o conjunto de resultados das oficinas locais. No entanto, ao registrar o processo do ocorrido e a riqueza construída, poder-se-á oferecer aos gestores e demais interessados, pistas do quão ricas foram as atividades e, mais que isso, as possibilidades de continuidade de uma intervenção participativa numa realidade que carece de bons e prazerosos momentos junto aos trabalhadores em saúde, propiciando que se reconheçam como cidadãos de direitos, deveres, tristezas e, além de tudo isso, possibilidades de alegria no fazer saúde. Participaram do projeto 743 (setecentos e quarenta e três) trabalhadores de 12 municípios, além da formação permanente dos monitores/facilitadores das oficinas que se tornaram também (re) pensadores da política de humanização e da educação popular. No que se refere às categorias profissionais envolvidas, além da grande participação dos agentes comunitários de saúde, recepcionistas, administrativos, auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal, um presença importante foi o grupo de serviços gerais. No que se refere à participação dos trabalhadores com escolaridade universitária, tivemos a presença de: dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e pedagogos. Embora a participação desses trabalhadores seja sempre minoritária, foi importante porque propiciou o encontro entre diferentes categorias e saberes. No entanto, a disponibilidade dos profissionais de medicina e de plantonistas das diversas áreas de formação e/ou lotados nos hospitais locais foi um ponto bastante discutido sem encontrarmos ainda encaminhamentos para a questão. O critério de captação de monitores para o Projeto deu-se por meio do levantamento dos credenciados na Coordenadoria de Educação na Saúde, posto que este é um dos critérios iniciais para que trabalhem como educadores nas atividades da SES/MS e possam ser remunerados em hora-aula. Após a busca de currículos, também foram levantados outros educadores que não estavam credenciados e que poderiam ser monitores das oficinas, sendo estes indicados por diferentes contatos e providenciados os credenciamentos necessários. Um dos critérios para ser incorporadas ao grupo foi o domínio da discussão da humanização no SUS e ter experiência com educação em saúde e metodologia problematizadora. Todas as oficinas contaram com dois monitores durante todo o tempo e, em diferentes situações, uma terceira pessoa foi incorporada na perspectiva da formação continuada para assumir a monitoria na próxima agenda nos municípios.

O conteúdo trabalhado com os participantes foi fruto do processo de educação permanente com os monitores e privilegiou a discussão da humanização a partir das contradições presentes na realidade em que vivem os trabalhadores de cada oficina e a valorização das potencialidades existentes no grupo. **Roteiro das Oficinas Locais:** Apresentamos no quadro abaixo o roteiro temático das oficinas, sendo que cada monitor teve liberdade de inserção de técnicas e instrumentais que permitissem potencializar a criatividade de cada um e, ao mesmo tempo, atender às necessidades dos grupos.

ROTEIRO TEMÁTICO DAS OFICINAS	
Eixo	Instrumentos Facilitadores
O mundo do trabalho no SUS	Combinados coletivos (plenária e fechamento em cartaz) Prazer e sofrimento no trabalho (dramatização) Quem é o usuário do SUS (Construção de uma pizza destacando as divergências e convergências entre os trabalhadores e usuários do SUS) Trabalhadores e Usuários no SUS (filme Anjos de Asa Quebrada) O que é Humanização (grupo e plenário)
SUS	A história de cada um e a história do SUS (filme: Políticas de Saúde no Brasil; passeio pela história da comunidade) Direitos dos Usuários (texto e dramatização) É possível fazer diferente (história da Cidinha – dramatização, plenária e redramatização)
Agindo sobre a Realidade	Coletivizar as mudanças (travessia do rio) Conhecendo a Rede (exposição pelos participantes e via-sacra de visita dos cartazes) Banco de boas Idéias (grupo e plenária com trabalho de enriquecimento pelos outros grupos)
Avaliação	Caderno volante (durante todo o encontro) Avaliação oral e escrita final (quali-quantitativa)

O roteiro embora elaborado com o grupo de facilitadores foi dinamizado a partir da relação entre esses e os participantes na medida em que emergiam os problemas de cada realidade. Para cada momento (que podia ser modificado de acordo com a realidade) teve como princípio sempre o espaço de fala das trabalhadoras, a atenção individualizada quando necessária e a construção de saberes e propostas para a atuação no local de trabalho e de vida. Também foi sempre trabalhado pelo grupo que o conteúdo e a forma são complementares e tem igual importância. **Avaliação Continuada:** A avaliação foi realizada durante todo o encontro, por meio de um caderno volante sendo que, ao final do dia, cabia às monitoras a leitura dos escritos visando facilitar e/ou reprogramar o dia seguinte. De forma geral, a avaliação foi que a partir das oficinas as pessoas puderam se expressar, aprenderam a ouvir e fizeram o encontro de suas histórias de vida com a história do SUS. Outro ponto forte da capacitação foi a compreensão do seu papel de trabalhador e usuário. **Aspectos facilitadores:** O apoio recebido nos municípios quanto

à organização dos grupos e infra-estrutura; A liberação dos trabalhadores em saúde para participação das oficinas, sem exigência de reposição de carga horária; A articulação do SUS com as outras políticas especialmente no que refere a disponibilização de espaço físico adequado para a realização das oficinas; O compromisso técnico, político, e a atuação compartilhada dos monitores; A experiência e formação prévia dos monitores em educação em saúde; O apoio financeiro federal; A disponibilidade de um técnico da escola para a gestão administrativa e articulação com os municípios e monitores; O roteiro dos encontros construído coletivamente e os filmes utilizados. **Fatores Dificultadores:** Ausência de uma política estadual de humanização em saúde, gerando desencontro entre as ações executadas do Projeto e as pautas da humanização discutidas no âmbito dos gestores; As dificuldades impostas pela legislação estadual existente quanto ao pagamento de diárias e horas-aulas que tem valores diminutos e de difícil execução para os trabalhadores sem vínculo com o governo estadual; O senso comum do conceito de humanização, gerando expectativas errôneas sobre o impacto do trabalho; Desconhecimento por parte de gestores sobre a metodologia problematizadora e os diferentes instrumentais de educação em saúde, questionando a validade do trabalho; e, Preconceito em relação a educação popular. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As oficinas realizadas permitiram que trabalhadores do SUS tivessem acesso a uma pequena vivência do que pode ser a Política Nacional de Humanização, centrada nos municípios. Foi possível observar que, quando ocorreram os encontros envolvendo todos os trabalhadores do município, é possível fazer do banco de boas idéias, o embrião de uma política municipal de humanização. Muito embora os resultados sejam extremamente satisfatórios para a equipe envolvida, quando referem-se às avaliações feitas pelos participantes, é imprescindível que o conjunto do trabalho seja avaliado pelo monitores de forma crítica e à luz da política nacional de humanização e dos princípios da educação popular. Essa experiência é uma forte demonstração que é possível construir um SUS que leve em consideração o prazer e o sofrimento dos trabalhadores e dos usuários, num processo permanente que se reconstrói e pode ser uma forma de fazer de cada local de trabalho, um núcleo de produção de saúde.

Semeando o diálogo com as práticas populares de saúde na formação profissional

Maria Waldenez de Oliveira

Aida Victoria Garcia Montrone

Aline Guerra Aquilante

Fábio Gonçalves Pinto

Conhecimentos construídos nas diversas práticas sociais de pessoas e grupos, como nas tradições familiares e nas experiências de vida solidariamente compartilhadas, assim como conhecimentos técnicos e/ou científicos disponibilizados pelos profissionais de saúde e da educação dão corpo a processos de enfrentamento de situações adversas, entre elas, a doença. Neste enfrentamento, as pessoas buscam apoio não apenas dos profissionais de saúde, mas também dos agentes de práticas populares de saúde, complementando os sistemas terapêuticos. Disponibilizar-se para o entendimento desse modo de enfrentar a doença pode significar uma escuta mais acolhedora pelo(a) profissional de saúde e uma atenção à saúde mais integral, dialogada com os modos que cada um encontra para construir sua saúde. Para isto é necessário que docentes, estudantes e profissionais se aproximem das práticas populares de saúde pois, em geral, estes conhecimentos não fazem parte da formação deles. O início deste projeto de formação profissional se deu em 2005, quando participantes de uma reunião da ANEPS-SP debatemos a seguinte questão: como incluir as práticas populares de saúde na formação dos profissionais de saúde promovidas pelas escolas, universidades, cursos técnicos? O Curso “Práticas Populares de Saúde” oferecido pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) dentro do projeto de Mapeamento e Catalogação de Práticas de Educação Popular e Saúde de São Carlos – MAPEPS, busca essa resposta. Ele visa permitir o conhecimento dessas práticas, para que estudantes e profissionais ampliem suas visões e compreensões de ser humano e de mundo, complexificando e aprimorando suas práticas de cuidado às pessoas e comunidades e movimentem-se em direção ao diálogo com práticas populares de saúde na sua atuação profissional. A primeira oferta, em 2007, caracterizou-se como oferta-piloto, sua formatação foi feita de modo participativo com a ANEPS-SP, profissionais da Rede de Saúde e de Ação Social do Município, estudantes dos cursos de Saúde da UFSCar e praticantes da comunidade. Teve 23 concluintes. Em 2008, 2009, 2010 e 2011 foram 17, 32, 29 e 46 concluintes, respectivamente, incluindo docentes, profissionais e alunos das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina, Psicologia, Gerontologia, Nutrição, Ciências Sociais, Ciências Biológicas, Serviço Social e Educação Física. O curso tem 28 horas de duração. Inicialmente apresenta-se a Educação Popular e Saúde, os resultados do levantamento das práticas populares de saúde de São Carlos e o referencial teórico. Nos encontros seguintes, são apresentadas 6 práticas populares pelos(as) praticantes de São Carlos, cada uma delas, intercalada com encontros de estudo teórico oferecido pelos(as) praticantes para aprofundamento e análise das práticas. Por último

ocorrem reflexões críticas sobre como construir o diálogo com as práticas populares de saúde nas Unidades de Saúde e nos demais espaços de atuação dos estudantes. Estas ações almejam construir uma relação com o Estado capaz de fortalecer a sociedade civil do ponto de vista popular. Destaca-se sua relevância acadêmica, já que permite aos participantes acesso a informações sobre práticas populares de saúde no município, ampliando suas formações e visões sobre os processos de adoecimento e cura bem como a construção de alternativas para o diálogo com essas práticas nos serviços de saúde e outros espaços onde atuam. (Este trabalho foi premiado no Prêmio Victor Valla de Educação Popular e Saúde, 2012).

Conhecimentos construídos nas diversas práticas sociais de pessoas e grupos, como nas tradições familiares e nas experiências de vida solidariamente compartilhadas, assim como conhecimentos técnicos e/ou científicos disponibilizados pelos profissionais de saúde e da educação dão corpo a processos de enfrentamento de situações adversas, entre elas, a doença. Neste enfrentamento, as pessoas buscam apoio não apenas dos profissionais de saúde, mas também dos agentes de práticas populares de saúde, complementando os sistemas terapêuticos. Disponibilizar-se para o entendimento desse modo de enfrentar a doença pode significar uma escuta mais acolhedora pelo(a) profissional de saúde e uma atenção à saúde mais integral, dialogada com os modos que cada um encontra para construir sua saúde. Para isto é necessário que docentes, estudantes e profissionais se aproximem das práticas populares de saúde pois, em geral, estes conhecimentos não fazem parte da formação deles. O início deste projeto de formação profissional se deu em 2005, quando participantes de uma reunião da ANEPS-SP debatemos a seguinte questão: como incluir as práticas populares de saúde na formação dos profissionais de saúde promovidas pelas escolas, universidades, cursos técnicos? O Curso “Práticas Populares de Saúde” oferecido pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) dentro do projeto de Mapeamento e Catalogação de Práticas de Educação Popular e Saúde de São Carlos – MAPEPS, busca essa resposta. Ele visa permitir o conhecimento dessas práticas, para que estudantes e profissionais ampliem suas visões e compreensões de ser humano e de mundo, complexificando e aprimorando suas práticas de cuidado às pessoas e comunidades e movimentem-se em direção ao diálogo com práticas populares de saúde na sua atuação profissional. A primeira oferta, em 2007, caracterizou-se como oferta-piloto, sua formatação foi feita de modo participativo com a ANEPS-SP e com os praticantes. Teve 23 concluintes. Em 2008, 2009, 2010 e 2011 foram 17, 32, 29 e 46 concluintes, respectivamente, incluindo docentes, profissionais e alunos das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina, Psicologia, Gerontologia, Nutrição, Ciências Sociais, Ciências Biológicas, Serviço Social e Educação Física. O curso tem 28 horas de duração. Inicialmente apresenta-se a Educação Popular e Saúde, os resultados do levantamento das práticas populares de saúde de São Carlos e o referencial teórico. Nos encontros seguintes, são apresentadas 6 práticas populares pelos(as) praticantes de São Carlos, cada uma delas, intercalada com encontros de estudo teórico oferecido pelos(as) praticantes para aprofundamento e análise das práticas. Não é objetivo do curso ensinar a prática, mas apresentar os aspectos que o praticante considera que devam ser apresentados e

entendidos pelos estudantes Por último ocorrem reflexões críticas sobre como construir o diálogo com as práticas populares de saúde nas Unidades de Saúde e nos demais espaços de atuação dos estudantes (abaixo). Destaque-se que são propostas “para si mesmos”, ou seja, ações que o estudante avalia serem possíveis de realizar dentro de seus espaços de atuação. Propostas feitas pelos participantes do curso: Várias são as propostas que os estudantes fazem nos encontros finais do curso, na direção do diálogo entre a cultura popular e a biomédica. São propostas desde um âmbito mais pessoal até para as políticas de saúde. Dentre elas destacamos as seguintes: 1) Num âmbito de atuação profissional/individual: Não ter preconceito: “O mais importante de tudo é não existir o preconceito. Como? Conhecendo o contexto cultural e social no qual os usuários estão inseridos, conhecendo as práticas realizadas e atuando em conjunto com esses praticantes”; Adaptar a sua prática à crença do paciente: “Interação entre o profissional e o praticante para adequar a nossa prática à crença religiosa do paciente”. 2) Num âmbito institucional/coletivo: 2.1. No SUS e na atuação profissional: Respeito mútuo entre profissionais e usuários sobre o sistema de intervenção saúde-doença. “É preciso que o profissional saiba respeitar e principalmente ouvir o que o usuário procura, pratica. Muitas vezes o usuário nem fala que utiliza alguma prática. Tem que haver o respeito pela opção do usuário”; Mapeamento local (ambiente de trabalho). Mapear quais são os equipamentos locais que existem. É possível realizar esse levantamento durante os acolhimentos nos locais em que não é possível fazer o levantamento na comunidade, como nos CAPS (Centro de Atendimento Psico-Social) por exemplo. Abrir um espaço para o diálogo com o paciente, pois assim facilita o contato com o paciente, uma conversa melhor; Criar um espaço para troca de saberes entre o profissional da biomedicina e o da medicina popular, sendo que ambos aprendem aquilo que demonstram interesse em aprender. Por ex., uma massagista querer aprender mais sobre anatomia; Sensibilizar a equipe e gestores; Educação Permanente da equipe de Saúde da Família quanto aos temas discutidos no curso “Tivemos uma capacitação durante o curso e podemos disparar uma capacitação na equipe” (CAPS ou USF-Unidade de Saúde da Família); Inserir o tema das práticas nas discussões dos grupos de prevenção e promoção da saúde da família para valorizar as práticas; Localizar os praticantes da comunidade de abrangência do PSF (Programa de Saúde da Família), trazê-los para a equipe a fim de compartilhar experiências de suas práticas. Através disso, serão feitas capacitações com o objetivo de sensibilizar os usuários e a equipe. Proposta prevista para realização em médio prazo. A ação será realizada pelos Agentes comunitários de saúde; Criar um espaço dentro da comunidade para expor as práticas (Feira de Práticas Populares). “Como se fosse uma feira de conhecimentos. É uma forma de empoderar a comunidade fortalecendo os recursos da própria comunidade, aumentar a autonomia dos usuários em decidirem os recursos que procuram para solucionar seus problemas de saúde”. Reflexão: Isso pode aumentar o preconceito que os praticantes sofrem dentro daquela comunidade? Os praticantes querem ser expostos? Fomentar encontros regionais. O secretário de Saúde participa de reuniões do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), durante estas reuniões, eles entram em contato com todo tipo de experiências realizadas em outros lugares e que tiveram sucesso. Uma dessas experiências pode

estar relacionada a práticas populares; Inserção do tema em Conferência Municipal de Saúde. Avaliação do curso: Foi realizada avaliação contínua e ao final do curso. Os seguintes temas foram abordados na avaliação contínua: a) Apresentação das práticas pelos praticantes. Os participantes avaliaram positivamente começar por uma prática mais conhecida, como foi a de massagem, pois o preconceito é menor, “...a gente fica mais forte para as próximas, tenho que estar aberto para novas relações que não entendo...”. Além disso, vivenciar uma prática pessoalmente, como por exemplo, da massagem e do benzimento, possibilitou uma compreensão com a prática, alguns procedimentos da prática que eram relatados foram mais completamente compreendidos nessa vivência: “no momento em que ele me benzia...senti tudo o que ele disse para mim”. O praticante falando permitiu “...uma vivência e aprendizado que contagia. Suas explicações e relatos fizeram com que entendesse sobre algo antes distante das minhas experiências”. A postura dos participantes foi avaliada como essencial para que as práticas pudessem “...fluir de forma bastante tranqüila e harmoniosa, o grupo também se colocou em uma postura respeitosa e totalmente aberta as experiências”. b) Apropriação do modelo teórico: os participantes relataram sua dificuldade no primeiro exercício de elaboração teórica de uma prática. No decorrer dos demais exercícios, foram se sentindo “...mais preparados para verificar os elementos das racionalidades médicas”. c) Formação profissional: O curso “fez refletir o quanto de saber popular tem no saber científico e o contrário também”. Além disso, ampliou o significado de certas atividades profissionais: “...o quanto pode usar no cuidado às informações que a pessoa traz quando questionada sobre sua religião, lazer”, dando “...uma outra função” às perguntas do protocolo da instituição para anamnese. Possibilitou experienciar o diálogo com outras racionalidades “...exercitar o respeito pelas crenças e fés diversas, já que muitas vezes sinto que em mim predomina a mentalidade acadêmica, o que não é muito desejável”. A avaliação final do curso mostrou que o modelo semanal de encontros ajudou a “ficar na memória, dava para levar para a prática, voltar e discutir”. Um dos profissionais que trabalhava no bairro onde foi feito o levantamento relatou que não “...sabia da existência dessas práticas, dessas pessoas, da procura das pessoas pelas práticas”. Sugeriram que tivesse uma presença mais equilibrada entre estudantes e profissionais do serviço e uma vivência no local ou bairro onde o praticante exerce sua prática para “...mostrar de onde os praticantes vieram”. Estas ações almejam construir uma relação com o Estado capaz de fortalecer a sociedade civil do ponto de vista popular. Destaca-se sua relevância acadêmica, já que permite aos participantes acesso a informações sobre práticas populares de saúde no município, ampliando suas formações e visões sobre os processos de adoecimento e cura bem como a construção de alternativas para o diálogo com essas práticas nos serviços de saúde e outros espaços onde atuam. *(Este trabalho foi premiado no Prêmio Victor Valla de Educação Popular e Saúde, 2012).*

Mapeamento de práticas de educação popular e saúde no município de São Carlos: compartilhando os resultados de 6 anos de trabalho

Aida Victoria Garcia Montrone

Aline Guerra Aquilante

Maria Waldenez de Oliveira

Fábio Gonçalves Pinto

Os motivos para a procura por práticas populares de saúde são inúmeros: a centralidade da pessoa (e não da doença) no processo de cura, o que acarreta maior responsabilização, empoderamento, autonomia, participação das pessoas nas decisões e ações. Um outro, decorrente do primeiro, é que, para que a pessoa volte ao centro da terapêutica, é vital a relação direta, com vínculos de confiança com o terapeuta ou com o agente da prática popular. Há também a influência da família e, por fim, um motivo bastante evidente, se bem que pouco considerado, é por que dão certo, pois os usuários percebem maiores benefícios em relação aos medicamentos convencionais e menores reações adversas, assim como referem o bem-estar geral e a promoção de uma boa saúde como motivos para a busca de práticas populares. O MAPEPS (Grupo de Mapeamento de Práticas Populares de Saúde) foi criado na UFSCar em 2006, a partir da identificação da falta de informação sistematizada em São Carlos sobre as práticas populares de saúde. Desde então, levantamentos vem sendo realizados nas regiões da cidade de São Carlos, sendo que nestes 6 anos de trabalho mapeamos: a região dos bairros de Santa Felícia (2006 e 2007), Maria Stella Fagá (2008 e 2009) e os bairros pertencentes à região do Jardim Gonzaga (2010 e 2011). Na 1ª etapa, de identificação das práticas, realizamos entrevistas com agentes comunitários da Estratégia de Saúde da Família na unidade do bairro e com frequentadores (em sua maioria, mulheres) do Centro Comunitário. Delimitamos as regiões de São Carlos de acordo com a divisão feita para o Orçamento Participativo, que divide a cidade em 13 regiões. Na região dos bairros de Santa Felícia entrevistamos 68 mulheres e 2 homens moradores da região e que frequentavam o Centro Comunitário, bem como a equipe de Saúde da Família. Ao final, identificou-se 23 práticas populares na região, sendo o benzimento a mais conhecida pelos moradores, seguida por erveiros e raizeiros, farmácia, igrejas, centros espíritas e massagista. Na região do Bairro de Maria Stela Fagá entrevistamos 66 moradoras frequentadoras do Centro Comunitário e a equipe de Saúde da Família. As entrevistadas citaram 22 práticas, sendo elas em ordem decrescente de citações: Igreja Católica, Farmácia, Igrejas Pentecostais e Neo-pentecostais, Centro Espírita, outras igrejas, benzedeira, homeopatia, terreiros, massagista e acupuntura, erva, terapia comunitária e raizera. No bairro Jardim Gonzaga, 48 moradores foram entrevistados, bem como as duas equipes de Saúde da Família da região. Foram mencionadas 90 práticas, entre elas benzedeiras, ervas, centros espíritas, farmácia/farmacêutico, igrejas católicas e catolicismo popular, igrejas pentecostais ou neo-pentecostais,

outras igrejas, massagistas, acupuntura, homeopatia, parteiras e outras práticas. A diversidade de práticas procuradas pelas pessoas das comunidades envolvidas no levantamento mostra que no enfrentamento de situações adversas, entre elas a doença, as pessoas buscam apoio tanto nos profissionais do sistema de saúde como nos agentes de práticas populares de saúde. As pessoas que buscam soluções também na cultura popular não vêem uma oposição entre esses sistemas (o médico e a erveira, por exemplo), vêem complementaridade. (Este trabalho foi premiado no Prêmio Victor Valla de Educação Popular e Saúde, 2012).

Os motivos para a procura por práticas populares são inúmeros: a centralidade da pessoa (e não da doença) no processo de cura, o que acarreta maior responsabilização, empoderamento, autonomia, participação das pessoas nas decisões e ações. Um outro, decorrente do primeiro, é que, para que a pessoa volte ao centro da terapêutica, é vital a relação direta, com vínculos de confiança com o terapeuta ou com o agente da prática popular. Há também a influência da família e, por fim, um motivo bastante evidente, se bem que pouco considerado, é por que dão certo, pois os usuários percebem maiores benefícios em relação aos medicamentos convencionais e menores reações adversas, assim como referem o bem-estar geral e a promoção de uma boa saúde como motivos para a busca de práticas populares. O MAPEPS (Grupo de Mapeamento de Práticas Populares de Saúde) foi criado na UFSCar em 2006, a partir da identificação da falta de informação sistematizada em São Carlos sobre as práticas populares de saúde. Desde então, levantamentos vem sendo realizados nas regiões da cidade de São Carlos, sendo que nestes 6 anos de trabalho mapeamos: a região dos bairros de Santa Felícia (2006 e 2007), Maria Stella Fagá (2008 e 2009) e os bairros pertencentes à região do Jardim Gonzaga (2010 e 2011). Na 1ª. etapa, de identificação das práticas, realizamos entrevistas com agentes comunitários da Estratégia de Saúde da Família na unidade do bairro e com freqüentadores (em sua maioria, mulheres) do Centro Comunitário. Delimitamos as regiões de São Carlos de acordo com a divisão feita para o Orçamento Participativo, que divide a cidade em 13 regiões. Na região dos bairros de Santa Felícia entrevistamos 68 mulheres e 2 homens moradores da região e que frequentavam o Centro Comunitário, bem como a equipe de Saúde da Família (USF). Ao final, identificou-se 23 práticas populares na região. A prática mais mencionada foi a de benzedeiro(a) sendo que alguns(as) faziam uso de ervas e raízes no benzimento. A existência de farmácia foi bastante mencionada, em uma das farmácias há *“um farmacêutico que dá os remédios sem as pessoas estarem com receitas”*. O Centro Espírita foi apontado por alguns dos entrevistados, da seguinte forma, onde *“Faz palestra. Dez semanas de tratamento e está bom.”* ou *“Fazem grupos de oração e também doam remédios naturais”*. A resolubilidade é relatada por várias pessoas: *“... fechou ferida. Tava com mau-olhado, e ficava bom, foram em casa fazer oração e melhorou bem”*. A procura das igrejas católicas foi relacionada ao bem-estar e à resolução de problemas: *“Me sinto muito bem. Posso estar com problemas, mas vou e volto e o meu lugar mais é a igreja”*. Entre as Igrejas Pentecostais foram mencionadas: Assembléia de Deus, Congregação Cristã do Brasil, Cristã do Brasil e Igreja do Evangelho Quadrangular. Entre as neo ou pós-pentecostais: Internacional da Graça de Deus e Renascer em Cristo. Também foi mencionado o terreiro de Umbanda, massagista e acupunturis-

ta que *“usa um óleo tipo charuto (mocha) que compra na casa do Oxalá”*, yoga, aulas de alongamento do salão de uma igreja, Grupos de oração e a procura pela assistente social do Centro Comunitário. Também foi mencionado um programa de rádio que *“sempre fala das receitas da vovó. Depois é só comprar as coisas no mercado.”* Os ouvintes interessados são levados para conhecer as plantas e aprender os seus usos terapêuticos. Houve referências à confecção própria de remédios caseiros, sendo os ingredientes mais citados: erva cidreira, melissa, guaco, alecrim, hortelã, poejo, barbatimão, boldo, dente de alho, mel, entre outros. Em relação a uso de raízes, dois entrevistados informaram preparar seus remédios mencionando raiz de arranha-gato, língua de vaca entre outros. É importante destacar que o papel da enfermeira na Unidade de Saúde foi mencionada por várias pessoas. Na região do Bairro de Maria Stela Fagá entrevistamos 66 moradoras frequentadoras do Centro Comunitário e a equipe de Saúde da Família. As entrevistadas citaram 22 práticas. A Igreja Católica foi bastante citada. As pessoas procuram as igrejas para pedir ajuda, para rezar para não ficar doente e para receberem bênçãos e proteções. Uma entrevistada relatou que sarou da depressão conversando com o padre e indo à igreja, *“é melhor que tomar remédio”* porque em casos de depressão, a pessoa *“toma tanto remédio e não sara, daí vai na igreja e sara”*. Uma farmácia foi bastante citada, destacando que uma das atendentes é experiente, atenciosa, amiga, confiam muito nela e recomendam para outras pessoas. As entrevistadas relataram procurar as farmácias para comprar remédios para hipertensão e para aferir pressão arterial e os farmacêuticos *“para indicar remédio para dor no corpo e dor de cabeça”* e para *“pegar remédios simples”*. Em relação às Igrejas Pentecostais e Neo-pentecostais disseram que havia muitas Igrejas Evangélicas na região: *“tem igreja evangélica em todo canto”*. Também foram mencionados vários Centros Espíritas por diversas pessoas. Uma entrevistada relatou procurar o Centro Espírita para *“aliviar o espírito quando tenho crises de depressão”*. Outra entrevistada, que disse ser espírita, procura o Centro quando tem algum problema de saúde ou outros tipos de problemas. A maioria das entrevistadas conhecia alguma benzedeira. Os motivos pelos quais as pessoas procuram esse tipo de prática variam de pressão alta a dor de cabeça, depressão, furúnculo, febre, conjuntivite e gripe. As pessoas vão até a casa dos praticantes ou são atendidas em suas próprias casas, quando não podem se deslocar. Uma entrevistada relatou que já foi *“em benzedeira por dor de cabeça que não parava em pé. A benzedeira pegou um galho de arruda, rezou o pai nosso. Foi com muita fé por acreditar não haver outra alternativa. A fé que curou, mas hoje não vou mais. Eu queimava em febre e dor de cabeça e os médicos não descobriam o que era. O benzedor descobriu que era ‘ar na cabeça’. A fé que curou, por acreditar que nada mais poderia resolver o problema”*. Outro relato foi de uma mãe que levou a filha em uma benzedeira *“quando ela tinha 1 ano. Tava com ‘febre’, mas o médico não sabia o que era. Levei na benzedeira, que disse que ela estava com ‘vontade’ de alguma coisa”*. Foi citada também uma farmácia de manipulação que trabalha com medicamentos homeopáticos. Foi mencionado que um dos atendentes dessa farmácia examina e medica. Uma entrevistada afirmou que *“está tomando homeopatia porque tem um osso crescendo na mão”*. Outra relatou que no *“posto tem homeopata, mas é difícil consulta”*. Apenas uma pessoa mencionou um terreiro de Candomblé. A grande maioria dos entrevistados disse não conhecer ou nunca ter ouvido falar de erveiros. Houve apenas duas citações de praticante raizeiro. Os agentes de saúde da equipe que a prática de

benzimento e muito procurada no bairro, assim como o Centro Espírita e as Igrejas em especial a católica. No bairro Jardim Gonzaga, 48 moradores foram entrevistados, bem como as duas equipes de Saúde da Família da região. Foram mencionadas 90 práticas, entre elas benzedeadas, erveiras, centros espíritas, farmácia/farmacêutico, igrejas católicas e catolicismo popular, igrejas pentecostais ou neo-pentecostais, outras igrejas, massagistas, acupuntura, homeopatia, parteiras e outras práticas. Quanto às questões que abordam a checagem de elementos da prática, a maioria das entrevistas não continha estas informações. Quando apareceram, notou-se que os praticantes atuam no bairro há vários anos, são procurados por muitos moradores e os entrevistados recomendam a procura quando *“uma pessoa está muito ruim e o médico não consegue dar jeito”* ou *“a pessoa está em desespero, precisando de ajuda”*. Os motivos para procura dos praticantes são porque *“as pessoas melhoram”*, *“é pessoa boa”*, *“ele é muito bom na farmácia, e só indica remédio que dá certo”*. Somente um entrevistado relatou não recomendar *“se a pessoa cobrar. Há algumas pessoas que benzem, por exemplo, e que cobram muito caro”*. A Igreja Católica foi bastante citada, seguida de igreja pentecostal ou neopentecostal com destaque para a Igreja Assembléia de Deus. No total, 18 pessoas citaram terreiros, embora dificilmente as pessoas entrevistadas conseguissem fazer a distinção entre umbanda e candomblé. A prática de erveiro apareceu em 12 entrevistas, enquanto o Catolicismo Popular em 7 e, yoga e parteira tiveram 4 menções cada. Três entrevistados relataram conhecer a prática de massagem no bairro, enquanto as práticas de acupuntura, homeopatia e raizeira tiveram, cada uma, duas citações. Sobre outras práticas, dois entrevistados apontaram Lian Gong e, outros dois, um locutor *“que ensina a fazer chás no programa de rádio”*. Para a equipe de Saúde da Família, as pessoas do bairro para a resolução dos problemas procuram a USF as igrejas evangélica e católica, umbanda, farmácia, erveiros, candomblé, além de usar práticas caseiras como chás, sucos e medicamentos caseiros. A diversidade de práticas procuradas pelas pessoas das comunidades envolvidas no levantamento mostra que no enfrentamento de situações adversas, entre elas a doença, as pessoas buscam apoio tanto nos profissionais do sistema de saúde como nos agentes de práticas populares de saúde. As pessoas que buscam soluções também na cultura popular não vêem uma oposição entre esses sistemas (o médico e a erveira, por exemplo), vêem complementaridade. *(Este trabalho foi premiado no Prêmio Victor Valla de Educação Popular e Saúde, 2012).*

Semeando o diálogo com as práticas populares de saúde na formação profissional

Maria Waldenez de Oliveira

Aida Victoria Garcia Montrone

Aline Guerra Aquilante

Fábio Gonçalves Pinto

Conhecimentos construídos nas diversas práticas sociais de pessoas e grupos, como nas tradições familiares e nas experiências de vida solidariamente compartilhadas, assim como conhecimentos técnicos e/ou científicos disponibilizados pelos profissionais de saúde e da educação dão corpo a processos de enfrentamento de situações adversas, entre elas, a doença. Neste enfrentamento, as pessoas buscam apoio não apenas dos profissionais de saúde, mas também dos agentes de práticas populares de saúde, complementando os sistemas terapêuticos. Disponibilizar-se para o entendimento desse modo de enfrentar a doença pode significar uma escuta mais acolhedora pelo(a) profissional de saúde e uma atenção à saúde mais integral, dialogada com os modos que cada um encontra para construir sua saúde. Para isto é necessário que docentes, estudantes e profissionais se aproximem das práticas populares de saúde pois, em geral, estes conhecimentos não fazem parte da formação deles. O início deste projeto de formação profissional se deu em 2005, quando participantes de uma reunião da ANEPS-SP debatemos a seguinte questão: como incluir as práticas populares de saúde na formação dos profissionais de saúde promovidas pelas escolas, universidades, cursos técnicos? O Curso “Práticas Populares de Saúde” oferecido pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) dentro do projeto de Mapeamento e Catalogação de Práticas de Educação Popular e Saúde de São Carlos – MAPEPS, busca essa resposta. Ele visa permitir o conhecimento dessas práticas, para que estudantes e profissionais ampliem suas visões e compreensões de ser humano e de mundo, complexificando e aprimorando suas práticas de cuidado às pessoas e comunidades e movimentem-se em direção ao diálogo com práticas populares de saúde na sua atuação profissional. A primeira oferta, em 2007, caracterizou-se como oferta-piloto, sua formatação foi feita de modo participativo com a ANEPS-SP, profissionais da Rede de Saúde e de Ação Social do Município, estudantes dos cursos de Saúde da UFSCar e praticantes da comunidade. Teve 23 concluintes. Em 2008, 2009, 2010 e 2011 foram 17, 32, 29 e 46 concluintes, respectivamente, incluindo docentes, profissionais e alunos das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina, Psicologia, Gerontologia, Nutrição, Ciências Sociais, Ciências Biológicas, Serviço Social e Educação Física. O curso tem 28 horas de duração. Inicialmente apresenta-se a Educação Popular e Saúde, os resultados do levantamento das práticas populares de saúde de São Carlos e o referencial teórico. Nos encontros seguintes, são apresentadas 6 práticas populares pelos(as) praticantes de São Carlos, cada uma delas, intercalada com encontros de estudo teórico oferecido pelos(as) praticantes para aprofundamento e análise das práticas. Por último

ocorrem reflexões críticas sobre como construir o diálogo com as práticas populares de saúde nas Unidades de Saúde e nos demais espaços de atuação dos estudantes. Estas ações almejam construir uma relação com o Estado capaz de fortalecer a sociedade civil do ponto de vista popular. Destaca-se sua relevância acadêmica, já que permite aos participantes acesso a informações sobre práticas populares de saúde no município, ampliando suas formações e visões sobre os processos de adoecimento e cura bem como a construção de alternativas para o diálogo com essas práticas nos serviços de saúde e outros espaços onde atuam. (Este trabalho foi premiado no Prêmio Victor Valla de Educação Popular e Saúde, 2012).

Conhecimentos construídos nas diversas práticas sociais de pessoas e grupos, como nas tradições familiares e nas experiências de vida solidariamente compartilhadas, assim como conhecimentos técnicos e/ou científicos disponibilizados pelos profissionais de saúde e da educação dão corpo a processos de enfrentamento de situações adversas, entre elas, a doença. Neste enfrentamento, as pessoas buscam apoio não apenas dos profissionais de saúde, mas também dos agentes de práticas populares de saúde, complementando os sistemas terapêuticos. Disponibilizar-se para o entendimento desse modo de enfrentar a doença pode significar uma escuta mais acolhedora pelo(a) profissional de saúde e uma atenção à saúde mais integral, dialogada com os modos que cada um encontra para construir sua saúde. Para isto é necessário que docentes, estudantes e profissionais se aproximem das práticas populares de saúde pois, em geral, estes conhecimentos não fazem parte da formação deles. O início deste projeto de formação profissional se deu em 2005, quando participantes de uma reunião da ANEPS-SP debatemos a seguinte questão: como incluir as práticas populares de saúde na formação dos profissionais de saúde promovidas pelas escolas, universidades, cursos técnicos? O Curso “Práticas Populares de Saúde” oferecido pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) dentro do projeto de Mapeamento e Catalogação de Práticas de Educação Popular e Saúde de São Carlos – MAPEPS, busca essa resposta. Ele visa permitir o conhecimento dessas práticas, para que estudantes e profissionais ampliem suas visões e compreensões de ser humano e de mundo, complexificando e aprimorando suas práticas de cuidado às pessoas e comunidades e movimentem-se em direção ao diálogo com práticas populares de saúde na sua atuação profissional. A primeira oferta, em 2007, caracterizou-se como oferta-piloto, sua formatação foi feita de modo participativo com a ANEPS-SP e com os praticantes. Teve 23 concluintes. Em 2008, 2009, 2010 e 2011 foram 17, 32, 29 e 46 concluintes, respectivamente, incluindo docentes, profissionais e alunos das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina, Psicologia, Gerontologia, Nutrição, Ciências Sociais, Ciências Biológicas, Serviço Social e Educação Física. O curso tem 28 horas de duração. Inicialmente apresenta-se a Educação Popular e Saúde, os resultados do levantamento das práticas populares de saúde de São Carlos e o referencial teórico. Nos encontros seguintes, são apresentadas 6 práticas populares pelos(as) praticantes de São Carlos, cada uma delas, intercalada com encontros de estudo teórico oferecido pelos(as) praticantes para aprofundamento e análise das práticas. Não é objetivo do curso ensinar a prática, mas apresentar os aspectos que o praticante considera que devam ser apresentados e

entendidos pelos estudantes Por último ocorrem reflexões críticas sobre como construir o diálogo com as práticas populares de saúde nas Unidades de Saúde e nos demais espaços de atuação dos estudantes (abaixo). Destaque-se que são propostas “para si mesmos”, ou seja, ações que o estudante avalia serem possíveis de realizar dentro de seus espaços de atuação. Propostas feitas pelos participantes do curso: Várias são as propostas que os estudantes fazem nos encontros finais do curso, na direção do diálogo entre a cultura popular e a biomédica. São propostas desde um âmbito mais pessoal até para as políticas de saúde. Dentre elas destacamos as seguintes: 1) Num âmbito de atuação profissional/individual: Não ter preconceito: “O mais importante de tudo é não existir o preconceito. Como? Conhecendo o contexto cultural e social no qual os usuários estão inseridos, conhecendo as práticas realizadas e atuando em conjunto com esses praticantes”; Adaptar a sua prática à crença do paciente: “Interação entre o profissional e o praticante para adequar a nossa prática à crença religiosa do paciente”. 2) Num âmbito institucional/coletivo: 2.1. No SUS e na atuação profissional: Respeito mútuo entre profissionais e usuários sobre o sistema de intervenção saúde-doença. “É preciso que o profissional saiba respeitar e principalmente ouvir o que o usuário procura, pratica. Muitas vezes o usuário nem fala que utiliza alguma prática. Tem que haver o respeito pela opção do usuário”; Mapeamento local (ambiente de trabalho). Mapear quais são os equipamentos locais que existem. É possível realizar esse levantamento durante os acolhimentos nos locais em que não é possível fazer o levantamento na comunidade, como nos CAPS (Centro de Atendimento Psico-Social) por exemplo. Abrir um espaço para o diálogo com o paciente, pois assim facilita o contato com o paciente, uma conversa melhor; Criar um espaço para troca de saberes entre o profissional da biomedicina e o da medicina popular, sendo que ambos aprendem aquilo que demonstram interesse em aprender. Por ex., uma massagista querer aprender mais sobre anatomia; Sensibilizar a equipe e gestores; Educação Permanente da equipe de Saúde da Família quanto aos temas discutidos no curso “Tivemos uma capacitação durante o curso e podemos disparar uma capacitação na equipe” (CAPS ou USF-Unidade de Saúde da Família); Inserir o tema das práticas nas discussões dos grupos de prevenção e promoção da saúde da família para valorizar as práticas; Localizar os praticantes da comunidade de abrangência do PSF (Programa de Saúde da Família), trazê-los para a equipe a fim de compartilhar experiências de suas práticas. Através disso, serão feitas capacitações com o objetivo de sensibilizar os usuários e a equipe. Proposta prevista para realização em médio prazo. A ação será realizada pelos Agentes comunitários de saúde; Criar um espaço dentro da comunidade para expor as práticas (Feira de Práticas Populares). “Como se fosse uma feira de conhecimentos. É uma forma de empoderar a comunidade fortalecendo os recursos da própria comunidade, aumentar a autonomia dos usuários em decidirem os recursos que procuram para solucionar seus problemas de saúde”. Reflexão: Isso pode aumentar o preconceito que os praticantes sofrem dentro daquela comunidade? Os praticantes querem ser expostos? Fomentar encontros regionais. O secretário de Saúde participa de reuniões do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), durante estas reuniões, eles entram em contato com todo tipo de experiências realizadas em outros lugares e que tiveram sucesso. Uma dessas experiências pode

estar relacionada a práticas populares; Inserção do tema em Conferência Municipal de Saúde. Avaliação do curso: Foi realizada avaliação contínua e ao final do curso. Os seguintes temas foram abordados na avaliação contínua: a) Apresentação das práticas pelos praticantes. Os participantes avaliaram positivamente começar por uma prática mais conhecida, como foi a de massagem, pois o preconceito é menor, “...a gente fica mais forte para as próximas, tenho que estar aberto para novas relações que não entendo...”. Além disso, vivenciar uma prática pessoalmente, como por exemplo, da massagem e do benzimento, possibilitou uma compreensão com a prática, alguns procedimentos da prática que eram relatados foram mais completamente compreendidos nessa vivência: “no momento em que ele me benzia...senti tudo o que ele disse para mim”. O praticante falando permitiu “...uma vivência e aprendizado que contagia. Suas explicações e relatos fizeram com que entendesse sobre algo antes distante das minhas experiências”. A postura dos participantes foi avaliada como essencial para que as práticas pudessem “...fluir de forma bastante tranqüila e harmoniosa, o grupo também se colocou em uma postura respeitosa e totalmente aberta as experiências”. b) Apropriação do modelo teórico: os participantes relataram sua dificuldade no primeiro exercício de elaboração teórica de uma prática. No decorrer dos demais exercícios, foram se sentindo “...mais preparados para verificar os elementos das racionalidades médicas”. c) Formação profissional: O curso “fez refletir o quanto de saber popular tem no saber científico e o contrário também”. Além disso, ampliou o significado de certas atividades profissionais: “...o quanto pode usar no cuidado às informações que a pessoa traz quando questionada sobre sua religião, lazer”, dando “...uma outra função” às perguntas do protocolo da instituição para anamnese. Possibilitou experimentar o diálogo com outras racionalidades “...exercitar o respeito pelas crenças e fés diversas, já que muitas vezes sinto que em mim predomina a mentalidade acadêmica, o que não é muito desejável”. A avaliação final do curso mostrou que o modelo semanal de encontros ajudou a “ficar na memória, dava para levar para a prática, voltar e discutir”. Um dos profissionais que trabalhava no bairro onde foi feito o levantamento relatou que não “...sabia da existência dessas práticas, dessas pessoas, da procura das pessoas pelas práticas”. Sugeriram que tivesse uma presença mais equilibrada entre estudantes e profissionais do serviço e uma vivência no local ou bairro onde o praticante exerce sua prática para “...mostrar de onde os praticantes vieram”. Estas ações almejam construir uma relação com o Estado capaz de fortalecer a sociedade civil do ponto de vista popular. Destaca-se sua relevância acadêmica, já que permite aos participantes acesso a informações sobre práticas populares de saúde no município, ampliando suas formações e visões sobre os processos de adoecimento e cura bem como a construção de alternativas para o diálogo com essas práticas nos serviços de saúde e outros espaços onde atuam. *(Este trabalho foi premiado no Prêmio Victor Valla de Educação Popular e Saúde, 2012).*

A educação popular no currículo de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso

Mariana Marques de Melo

Liliane Carvalho Pacheco

Liv Katyuska Carvalho Sampaio de Souza

Relato de um projeto de promoção de saúde pautado na educação popular no currículo de um programa de residência multiprofissional em saúde do idoso.

A Residência em saúde surgiu como proposta à educação em serviço, se destacando como um dos mais produtivos projetos de pós graduação, considerando sua carga horária prática frente às demais modalidades de especialização. A residência médica foi a primeira modalidade de ensino legalmente reconhecida como educação em serviço, considerada inclusive como “padrão ouro” na especialização médica. O sucesso dos programas de residência médica influenciou o surgimento de outras modalidades de residência em saúde. No Brasil, o aperfeiçoamento contínuo dos programas de residência culminou no reconhecimento dessa especialização como uma forma de fortalecer e qualificar o SUS, contribuindo na produção da atenção integral ao usuário. Nesse contexto, a interdisciplinaridade proposta pelo SUS, competente por ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, suscita a necessidade da inserção do multiprofissionalismo nos programas de residência. Assim em 2005, a partir da promulgação da lei nº 11.129 é criada a Residência em área Profissional de Saúde e instituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, fortalecendo sua regulamentação como um programa multiprofissional. Sendo de fundamental importância a formação continuada para atenção ao idoso, o Hospital Universitário Pedro Ernesto cria em 2012 o seu primeiro programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, que tem como objetivos: oferecer instrumental teórico-prático na atenção à saúde do idoso, enfatizando aspectos de promoção de autonomia e independência desse grupo etário; formar profissionais habilitados a atuar em equipe promovendo o trabalho ético, participativo, co-responsável e interdisciplinar; contribuir para a formação de profissionais capazes de propor plano terapêutico em equipe, objetivando a reabilitação, qualidade de vida e uso racional de recursos; formar profissionais aptos a trabalhar com as famílias e cuidadores como sujeitos importantes para a assistência integral ao usuário do serviço; potencializar a formação de profissionais capazes de atuar ativamente e co-responsavelmente na qualificação da assistência humanizada e com excelência técnica ao idoso, sendo pautada pelo respeito, ética e responsabilidade; propiciar o desenvolvimento de interfaces entre a assistência e a promoção da saúde através de metodologias facilitadoras ao processo de reflexão crítica permanente. De forma a atender os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), foi incluído no currículo desse programa a participação em projetos de promoção de saúde desenvolvidos

pelo Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ), em parceria com o Projeto Nutrição e Terceira Idade do Instituto de Nutrição da UERJ, reconhecendo o papel da educação popular na atenção integral ao idoso e a promoção do envelhecimento ativo. Os residentes das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social, integram as atividades desenvolvidas em uma perspectiva interdisciplinar, que incluem grupos de sala de espera, grupo fechado (Encontros com a Saúde), grupo aberto (Roda da Saúde) e produção de materiais educativos (folders e mural). Este trabalho tem como objetivo valorizar a experiência da dimensão educativa em saúde como uma ferramenta para a formação profissional e o desenvolvimento do modelo de atenção integral ao cuidado e promoção de saúde na terceira idade. Os residentes desenvolvem habilidades no lidar com o idoso através do diálogo intergeracional, troca de experiência, respeito, reflexão e problematização da realidade, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva. Esta prática estimula a aproximação entre o profissional e a população, criando vínculos e partilhando os desafios inerentes à qualidade de vida e envelhecimento, fortalecendo os princípios do SUS e da PNSPI. Este espaço de ensino e aprendizado é uma das características da dinâmica de serviço do NAI, e está contribuindo positivamente na formação dos residentes mesmo nos três primeiros meses de contato com essa diversificada forma de interação nos projetos de promoção de saúde pautados nos princípios da educação popular.

Vamos ir a pé...

Marla Borges de Castro

Ana Rita Vidica Fernandes

Lisbeth Oliveira

Omar Paulino da Silva Filho

“VAMOS IR Á PÉ...” é refrão de um canto que os participantes da Caminhada da Troca de Saberes sempre entoam. O movimento que há mais de 14 anos reúne anualmente em janeiro cerca de 60 profissionais da área da saúde e de diversas outras áreas do conhecimento num trabalho voluntário de realização de oficinas, minicursos e atendimentos em comunidades pelo interior do Brasil, visitou em Janeiro de 2010 os quilombolas do Norte de Minas Gerais. Caminhar é uma experiência única e enriquecedora. Pensam assim os integrantes da Caminhada da Troca de Saberes que num movimento rítmico e prazeroso de perceber os pulmões, pernas e braços, propõem fugir da vida urbana, muitas vezes estressante, voltando-se para uma experiência de contemplação da natureza. Ao ritmo de cada passo e do aprendizado de transportar nas mochilas, o mínimo necessário para a sobrevivência diária, quilômetros e quilômetros são percorridos à pé de comunidade à comunidade, onde o intercâmbio de saberes acontece. Este ensaio fotográfico traduz-se num exemplo de como a fotografia, aliada a outras ferramentas, pode contribuir para o resgate da memória e da diversidade de manifestações culturais de tais comunidades distribuídas em várias regiões e ecossistemas do Brasil, permitindo a interação entre movimentos sociais e a Universidade. Assim, “a fotografia pode ser, ao mesmo tempo, o ponto de partida e o resultado final. Este é o desafio de uma abordagem e uma prática que desperte para uma perspectiva de entendimento da situação do Brasil e da nossa contribuição para possíveis mudanças. A linguagem visual possibilita-nos rever a história, apontando para novos rumos na perspectiva de sociedades mais sustentáveis. A exposição fotográfica, então, é o resultado da caminhada, sendo dividida em 3 momentos: Caminhantes, Oficinas e Comunidades. “Caminhantes” é formado por fotografias, no tamanho 15x21cm, do grupo de pessoas que andam a pé até às comunidades e o cotidiano dos dias de caminhada, “Oficinas” é formado por fotografias, no tamanho 20x30cm, das oficinas, atendimentos e visitas realizadas ao longo da caminhada, tais como; massagem, fitoterapia, acupuntura, reaproveitamento de alimentos, macramê, artesanato, agroecologia, teatro e fotografia. “Comunidades” é formado por fotografias, no tamanho 40x60cm, de retratos de pessoas e das comunidades visitadas; Tapérinha, Pacuí II, Vila Sudário e Canudos.

“VAMOS IR Á PÉ...” é refrão de um canto que os participantes da Caminhada da Troca de Saberes sempre entoam. O movimento que há mais de 14 anos reúne anualmente em janeiro cerca de 60 profissionais da área da saúde e de diversas outras áreas do conhecimento num trabalho voluntário de realização de oficinas, minicursos e atendimentos em comunidades pelo interior do Brasil, visitou em Janeiro

de 2010 os quilombolas do Norte de Minas Gerais. Caminhar é uma experiência única e enriquecedora. Pensam assim os integrantes da Caminhada da Troca de Saberes que num movimento rítmico e prazeroso de perceber os pulmões, pernas e braços, propõem fugir da vida urbana, muitas vezes estressante, voltando-se para uma experiência de contemplação da natureza. Ao ritmo de cada passo e do aprendizado de transportar nas mochilas, o mínimo necessário para a sobrevivência diária, quilômetros e quilômetros são percorridos à pé de comunidade à comunidade, onde o intercâmbio de saberes acontece. Este ensaio fotográfico traduz-se num exemplo de como a fotografia, aliada a outras ferramentas, pode contribuir para o resgate da memória e da diversidade de manifestações culturais de tais comunidades distribuídas em várias regiões e ecossistemas do Brasil, permitindo a interação entre movimentos sociais e a Universidade. Assim, “a fotografia pode ser, ao mesmo tempo, o ponto de partida e o resultado final. Este é o desafio de uma abordagem e uma prática que desperte para uma perspectiva de entendimento da situação do Brasil e da nossa contribuição para possíveis mudanças. A linguagem visual possibilita-nos rever a história, apontando para novos rumos na perspectiva de sociedades mais sustentáveis. A exposição fotográfica, então, é o resultado da caminhada, sendo dividida em 3 momentos: Caminhantes, Oficinas e Comunidades. “Caminhantes” é formado por fotografias, no tamanho 15x21cm, do grupo de pessoas que andam a pé até às comunidades e o cotidiano dos dias de caminhada, “Oficinas” é formado por fotografias, no tamanho 20x30cm, das oficinas, atendimentos e visitas realizadas ao longo da caminhada, tais como; massagem, fitoterapia, acupuntura, reaproveitamento de alimentos, macramê, artesanato, agroecologia, teatro e fotografia. “Comunidades” é formado por fotografias, no tamanho 40x60cm, de retratos de pessoas e das comunidades visitadas; Taperinha, Pacuí II, Vila Sudário e Canudos.

A experiência de uma comissão de articulação política no PEPASF: o delineamento de novos caminhos

Mateus do Amaral Meira
Bruno Oliveira de Botelho
Rodrigo Mendes Silva Luna
Valeska Henrique Dias Tenório
Julyana de Lira Fernandes
Marísia Oliveira da Silva
Ana Rita Salvador

O Projeto Educação Popular e Atenção a Saúde da Família (PEPASF) atua há 14 anos na Comunidade Maria de Nazaré e está vinculado à Universidade Federal da Paraíba como um dos projetos de extensão popular que compõem o Programa de Educação Popular em Saúde. A principal metodologia do PEPASF na inserção junto à comunidade são as visitas domiciliares (VD's) realizadas por duplas de estudantes de cursos diferentes. Essas VD's, que ocorrem sempre aos sábados, têm como objetivo favorecer o estabelecimento de vínculos com as famílias acompanhadas e, a partir desse vínculo, ampliar o olhar dos estudantes e das famílias sobre aspectos mais abrangentes da dinâmica saúde-doença e do cotidiano da comunidade. Para a organização das atividades do projeto são formadas comissões compostas, em sua maioria, pelos estudantes. Assim, existem as comissões: de cadastro, responsável pelo cadastramento das famílias visitadas; de frequência, responsável pela frequência dos estudantes; de eventos e vivências e a comissão de articulação política e comunitária. O objetivo desse trabalho é relatar a experiência da Comissão de Articulação Política e Comunitária do PEPASF. Esta comissão surgiu, recentemente, a partir de inquietações e queixas de alguns estudantes ao identificarem a falta de engajamento de outros estudantes em atividades comunitárias para além das famílias que visitavam. Restringindo sua atuação apenas ao vínculo construído com elas, estes estudantes não enxergavam essa relação articulada com a emancipação da comunidade como um todo. O acompanhamento da organização político-comunitária da Maria de Nazaré ficava, dessa forma, a cargo dos professores e de alguns extensionistas mais antigos no projeto. Paralelamente, também foi identificada, através de nossa inserção política do Projeto, a demanda de buscar fortalecer a nova gestão da Associação Comunitária que, pela conjuntura política local, começou seu processo, marcada por fortes tensionamentos e acirrados conflitos entre antigas lideranças. Nesse sentido, a comissão foi montada com objetivo de instituir um espaço contínuo de atuação, no sentido de fortalecer um movimento já existente por parte do projeto de apoio, reflexão e prática junto à dinâmica de organização política da Comunidade Maria de Nazaré. Esta comissão tem-se articulado, principalmente, com as lideranças comunitárias vinculadas a Associação Comunitária Maria de Naza-

ré (ACOMAN), apoiando a organização da atual gestão, problematizando as demandas trazidas pelos (as) líderes comunitários (as), pelas famílias e pelo serviço de saúde e buscando estratégias conjuntas de mobilização e fortalecimento do movimento local. A comissão ainda conta com poucos integrantes, provavelmente devido aos horários das atividades na ACOMAN que vão além do sábado de manhã. Mas, temos observado que mais estudantes tem se interessado em participar da organização comunitária através da comissão, ajudando na realização das Assembléias ordinárias da Associação, fazendo atas e propondo estratégias de melhorias para as questões que a Associação vem discutindo. Recentemente, estipulamos uma reunião semanal para a Comissão para que os estudantes, profissionais e professores envolvidos possam avaliar e discutir o processo de articulação junto à Comunidade, bem como pensar a própria formação teórica e política dessa Comissão. Desse modo, estamos construindo e avançando em novas frentes de apoio político à comunidade.

O Projeto “Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF)” se propõe a desenvolver uma prática de extensão universitária fundada nos princípios da Educação Popular, vivenciando a dialogicidade na relação entre educador-educando, sistematizada por Paulo Freire, em atividades desenvolvidas junto à comunidade Maria de Nazaré, localizada no bairro Funcionários III, na cidade de João Pessoa-PB. As atividades envolvem desde encontros e participações juntamente com lideranças e movimentos sociais organizados, até a relação intersubjetiva e a construção de vínculos entre os moradores e os participantes (estudantes, professores, profissionais e colaboradores), desencadeando um processo que possibilita o comprometimento, responsabilidade e cumplicidade destes com as causas, projetos e necessidades da comunidade e das famílias, fomentando um entendimento mais profundo do processo saúde-doença e do cotidiano das classes populares, fundamentais para a complementação de uma formação mais humanizada, crítica e reflexiva para todos/as os/as atores/atrizes envolvidos/as. O PEPASF completou 14 anos de existência, em setembro de 2011, e tornou-se uma referência nacional em extensão popular, atraindo estudantes, profissionais e professores das mais diversas áreas do conhecimento e regiões do país para conhecê-lo. A participação de estudantes dos cursos da área da saúde (educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e técnico em enfermagem) e das ciências humanas e ciências sociais (comunicação social, direito, pedagogia, letras, psicologia e serviço social) são de grande relevância para reafirmar a importância da interdisciplinaridade no desenvolvimento das práticas extensionistas e contribuir para a formação de multiplicadores/as de experiências em educação popular. Outros projetos foram criados a partir da experiência do PEPASF, também tendo como eixo metodológico a educação popular, articulando-se em um conjunto de atividades próprias e/ou integradas, desenvolvidas na comunidade, dentre eles: “Fisioterapia na Comunidade”, coordenado pelos professores Dailton Lacerda e Kátia Ribeiro, que atua no bairro do Grotão e apresenta atividades na Comunidade Maria de Nazaré; “Para Além da Psicologia Clínica Clássica: Atenção à saúde na comunidade Maria de Nazaré”, orientado pela professora Marísia Oliveira da Silva; e “Educação em Saúde na

Atenção a Gestantes e Puérperas na Comunidade Maria de Nazaré”, coordenado pela professora Maria do Socorro Trindade. As experiências vivenciadas no PEPASF contribuíram nas discussões para construção dos novos currículos dos cursos da área de saúde. Vale ressaltar que suas atividades serviram de base para a reestruturação curricular do curso de medicina, no campo da Saúde Coletiva. O novo currículo do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba foi implementado e a Comunidade Maria de Nazaré passou a ser visitada também por esses estudantes, dentro das atividades propostas pelos Módulos Horizontais Prático-integrativos I (Saúde na Comunidade) e II (Sistema de Saúde: Atenção Básica), o que demonstra sua importância enquanto atividade de ensino e potencial desencadeador de mudanças nas estruturas curriculares vigentes dos diversos cursos que dele participam. A integração com a Equipe de Saúde da Família local permite aos participantes conhecer o processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde e sua importância na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS). Através das vivências com os Grupos de Cuidados existentes na comunidade (gestantes, adolescentes, idosos, crianças, etc.), as práticas em saúde são resignificadas para além da atenção individual, ela perspectiva da educação popular em saúde mediando às ações coletivas desenvolvidas. A inserção, observação e reflexão dos extensionistas na comunidade confluem para instigar a criticidade advinda da curiosidade inerente a condição humana e que em decorrência das relações de subordinação e opressão apresentadas tanto na academia quanto nos serviços de saúde é por vezes perdida. Busca-se a construção de um saber coletivo, pelo contato com realidades distintas de modo interdisciplinar, sem a existência de supremacia de nenhum dos saberes ou das especialidades técnicas. Suas ações são desenvolvidas na perspectiva da criação de um cenário privilegiado para a articulação da extensão com as ações de ensino e pesquisa, resignificando a formação dos estudantes, profissionais e professores e contribuindo para a produção, sistematização e difusão de experiências de trabalho com comunidades. Dessa forma, a relevância desse trabalho destaca-se também por sua contribuição no desenvolvimento social e na promoção da saúde na Comunidade Maria de Nazaré. O PEPASF busca ainda incentivar a autonomia da comunidade e, para tanto, procura associar a intervenção familiar a uma prática coletiva, realizando reuniões com a Associação Comunitária e articulações com líderes, grupos comunitários e movimentos sociais que interagem com a comunidade e com os serviços de saúde. A comunidade mantém atividades de comissões para atuação política, nas frentes de reivindicação junto ao poder público e em demandas por moradia, saúde, educação e trabalho. Estes vários anos de atuação da UFPB propiciaram um grande fortalecimento e diversificação dos movimentos populares locais. No entanto, alguns estudantes do projeto, em diferentes momentos desse longo processo, se queixavam que outros estudantes não se engajavam em atividades comunitárias, para além das famílias que visitavam. Ficando a cargo dos professores e de alguns extensionistas mais antigos o apoio às atividades político-comunitárias da Maria de Nazaré. Esse apoio vem-se dando com certa dificuldade em acompanhar a dinâmica das agendas comunitárias, que tem seus horários e espaços próprios (formais e informais) e que não se dão somente no sábado de manhã – horário em que todos os estudantes estão na comunidade. Essa realidade desanima a participação de muitos estudantes. Outra dificuldade, esta mais

atual e urgente, tem sido fortalecer a nova gestão da Associação Comunitária que, pela conjuntura política local começou seu processo marcado por conflitos com antigas lideranças locais, vinculadas à gestão municipal. Nesse sentido, a composição de uma Comissão de Articulação objetiva instituir um espaço contínuo e fortalecer um movimento já existente por parte do PEPASF de apoio, reflexão e prática junto à dinâmica de organização política da Comunidade Maria de Nazaré. Temos observado que mais estudantes tem se interessado em participar da organização comunitária através da comissão, ajudando na realização das Assembléias ordinárias da Associação, se preocupando e propondo estratégias de melhorias para as questões que a Associação vem discutindo. Recentemente, estipulamos uma reunião semanal para a Comissão para que os estudantes, profissionais e professores envolvidos possam avaliar e discutir o processo de articulação política junto à Comunidade, bem como pensar a própria formação teórica e política dessa Comissão. Outro resultado interessante tem sido as reuniões mensais realizadas junto à ACOMAN, propostas pela comissão, e cujos momentos têm possibilitado a criação de uma identidade de grupo entre os diretores da atual gestão, ao mesmo tempo, em que tem funcionado como um momento de planejamento, discussão e avaliação das atividades do mês. Pouco a pouco temos avançado enquanto PEPASF, nesse caminho novo junto à comunidade. A comissão não tem a pretensão de concentrar ou abarcar todos os movimentos políticos da comunidade nem todos os estudantes do projeto. Mas tem conseguido delinear um espaço mais propício para o debate e construção conjunta de ações que visem a emancipação política e humana da Comunidade Maria de Nazaré. Os participantes dessa comissão, tem, assim, conseguido provocar um olhar mais ampliado, no Projeto, para o processo saúde-doença na relação com as famílias visitadas. A elaboração desse trabalho veio no sentido de sistematizar essa nova experiência e nos trouxe novas questões a serem discutidas no decorrer do processo de funcionamento da comissão em foco.

REFERÊNCIAS: BRASIL, Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília, 1999. BRASIL, Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família, ano II, nº4, p. dois, 22 a 24, 29 a 39, 56, 57. BUBER, Martin. Eu e Tu. São Paulo: 1979. CODO, Wanderley e Lane, Sílvia J. M. (orgs.), Psicologia Social. o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1989. FEUERWERKER, L.C.M. & CECCIM, R. B. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004. FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS – FORPROEX. Extensão universitária: organização e sistematização. Coordenação Nacional do FORPROEX. Belo Horizonte: Coopmed, 2007. FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 19ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 30ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148 p. FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. Que fazer: teoria e prática em educação popular. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 68 p. GÓIS, Cezar Wagner Lima. Noções de Psicologia Comunitária. Fortaleza: Edições UFC, 1993. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro 5ª edição. Hucitec, 1998. MELO NETO, J.F. Extensão Popular. João Pessoa: Editora Universitária, 2006. VASCONCELOS, Eymard M.

Educação Popular e Atenção à Saúde da Família. HUCITEC p. 19 a 31, 1997. VASCONCELOS, Emyard; FROTA, Lia Haikal; SIMON, Eduardo (Org.) Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

Tecnologias sociais em saúde para o desenvolvimento da participação social local em território de favela

Mayalu Matos Silva

Rosane Marques

Sandra Martins

Ariana Kelly

Vanessa Patrocínio

Esse trabalho conta uma experiência de criação de tecnologias sociais em saúde para colaborar com a construção de um Conselho Gestor Intersetorial do território da ESF em Manguinhos. Manguinhos é um dos mais baixos IDH do município do Rio, e enfrenta intensa violação de direitos sociais, como dificuldade de acesso a saneamento, acesso a água de qualidade, moradia digna, transporte de qualidade, garantia de renda, alimentos de qualidade, etc. E também direitos civis, como falta de liberdade de ir e vir, de se associar livremente, de ter direito a defesa, julgamento prévio, etc., devido ao domínio do território por grupos armados, a ausência do estado democrático de direitos e criminalização do território. Esse território tem sido pensado por nós como um território de exceção, o que configura uma situação limite para a participação popular e a dificuldade de territorialização ampliada de políticas públicas emancipatórias e de gestão participativa em políticas públicas. Eis nosso desafio. No final de 2009 a Ensp passou a ser gestora da expansão da estratégia de saúde da família no território de Manguinhos. O contrato de gestão assinado entre a Fiocruz e a prefeitura do Rio, previa a construção de um Conselho Gestor. Esse Conselho era uma demanda antiga da população e também um pressuposto da reforma da reforma sanitária, cujos atores principais foram da Ensp. A idéia de um Conselho Gestor do território surge de um grupo de trabalho formado por trabalhadores da Fiocruz e moradores de Manguinhos, com o intuito de criar estratégias de ampliação da participação da comunidade no campo da estratégia de saúde da família e ao mesmo tempo fomentar a construção de redes intersetoriais que pudessem fortalecer o trabalho de Promoção da Saúde no território. O desenho final do Conselho Gestor Intersetorial – CGI, ficou com 24 representantes, sendo 6 da gestão, 6 trabalhadores e 12 representantes da população. A questão da intersetorialidade ficou presente em todas as áreas, pois além de representantes da saúde, existem representantes da Educação e da Assistência Social na área da Gestão, representantes da Educação na área dos trabalhadores e na representação da população, a idéia foi compor um Conselho com pessoas que representassem diversas áreas chave para a Promoção da Saúde em Manguinhos: Educação, Cultura, Idosos, Assistência Social e DH, Minorias, Ambiente e Saúde, Esportes, Representações Comunitárias, Religião, Criança e Adolescente, Trabalho e Geração de Renda, Mulheres. Assim, paralelamente à participação no GT, começamos a desenvolver o projeto Participação Cidadã, para fomentar a participação da população nesse processo. A partir desse trabalho desenvolvemos tecnologias de comunicação e formação para

mobilizar os moradores para participar desse processo de gestão participativa. Esse projeto realizou um Curso de Formação sobre gestão participativa, o blog: Participação Cidadã e informativos bimestrais. Além disso criamos os comitês de mobilização para o CGI, a fim de entrar em contato com todos esses grupos de moradores listados acima, estimulando-os a participar do processo através de rodas de conversa, onde apresentávamos a proposta e debatíamos com a população a questão do SUS, Controle Social e Participação Social e tirávamos estratégias conjuntas de mobilização da população para esse processo.

A construção de políticas públicas de saúde através do mecanismo de Conselhos e Conferências Distritais, Municipais, Estaduais e Nacionais é sem dúvida um grande avanço na democratização brasileira, porém, há muito o que se avançar numa proposta de participação mais direta da população, que possa intervir na política de saúde em nível local. Hoje, apesar de existirem mais de 5 mil conselhos municipais pelo Brasil, com mais de 30 mil representantes da população, o que é um grande avanço, ainda temos muito a conquistar em termos de efetivar a participação social nos grandes centros urbanos. Em municípios com grande concentração de pessoas, a representação da população fica muito dispersa e longe da realidade do dia a dia. Muitas vezes as deliberações tiradas nas instâncias de Conferências e Conselhos não chegam ao dia a dia da população, sobem do nível distrital ao nível federal, mas muitas vezes não retornam ao local de forma que torne visível para a população que sua participação tem realmente efeitos no dia a dia da implantação e funcionamento da política de saúde. Por exemplo no município do Rio de Janeiro, que tem aproximadamente 10 milhões de pessoas, existem os Conselhos Distritais, como o Conselho da Cap 3.1, responsável pela área do território de Manguinhos, área de interesse desse projeto, que tem uma população de aproximadamente 900 mil pessoas, ou seja, é muito difícil com essa quantidade de pessoas ter uma participação mais direta e efetiva da população, que possa ter atuação direta na política de saúde. É recorrente a fala de atores da Saúde que reconhecem que a gestão participativa acontece melhor em municípios pequenos e médios, e que o grande desafio é efetivar a participação em grandes centros urbanos com populações muito grandes e com uma grande quantidade de territórios vulnerabilizados que expressam a desigualdade social da sociedade brasileira e muitas vezes têm populações maiores que pequenos e médios municípios do Brasil, como por exemplo, a região que abarca o Complexo de Manguinhos no Rio de Janeiro, foco desse trabalho, que tem entre 40 e 50 mil pessoas. No sentido de desenvolver estratégias que apontem caminhos que possam lançar luz sobre essa questão, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca vem desenvolvendo uma experiência de territorialização da gestão participativa, junto à política de atenção básica desenvolvida no Complexo de Manguinhos. Desde 2010 a Ensp se tornou gestora do Teias Escola Manguinhos, forma como é denominada a política de atenção básica no território. Sendo uma instituição que participou ativamente da construção do SUS, a Ensp sempre teve em seus pressupostos a questão da participação social e gestão participativa e, indo ao encontro de demandas da população de Manguinhos nesse sentido, propôs em seu contrato de gestão a instituição de um Conselho Gestor Local. O processo de construção do formato do Conselho Gestor

Intersetorial do Teias se deu ao longo do ano de 2010, com um Grupo de Trabalho que teve participação de trabalhadores da Fiocruz e lideranças comunitárias de Mangueiros com atuação na área de saúde. Desse GT saiu a idéia de compor um Conselho Gestor Intersetorial, com base no território de Mangueiros. Nesse sentido ele não é um Conselho do equipamento, sendo portanto uma nova proposta. O desenho final do Conselho Gestor Intersetorial – CGI, ficou com 24 representantes, sendo 6 da gestão, 6 trabalhadores e 12 representantes da população. A questão da intersectorialidade ficou presente em todas as áreas, pois além de representantes da saúde, existem representantes da Educação e da Assistência Social na área da Gestão, representantes da Educação na área dos trabalhadores e na representação da população, a idéia foi compor um Conselho com pessoas que representassem diversas áreas chave para a Promoção da Saúde em Mangueiros: Educação, Cultura, Idosos, Assistência Social e DH, Minorias, Ambiente e Saúde, Esportes, Representações Comunitárias, Religião, Criança e Adolescente, Trabalho e Geração de Renda, Mulheres. Mangueiros é um dos mais baixos IDH do município do Rio, e enfrenta intensa violação de direitos sociais, como dificuldade de acesso a saneamento, acesso a água de qualidade, moradia digna, transporte de qualidade, garantia de renda, alimentos de qualidade, etc. E também direitos civis, como falta de liberdade de ir e vir, de se associar livremente, de ter direito a defesa, julgamento prévio, etc., devido ao domínio do território por grupos armados, a ausência do estado democrático de direitos e criminalização do território. Esse território tem sido pensado por nós como um território de exceção, o que configura uma situação limite para a participação popular e a dificuldade de territorialização ampliada de políticas públicas emancipatórias e de gestão participativa em políticas públicas. Além dessas dificuldades territoriais, ainda existe o fato de que uma das dificuldades apontadas para efetivação dos princípios do SUS é a reduzida mobilização socio comunitária e a estreita base de sustentação política. Assim, encarando esses desafios na implementação desse Conselho, a Assessoria de Cooperação Social da Ensp desenvolveu uma experiência de criação de tecnologias sociais em saúde para formação de atores sociais locais e de redes de protagonismo local, a fim de mobilizar e esclarecer a população para participação no processo de construção do Conselho Gestor Intersetorial do território da ESF em Mangueiros. As tecnologias sociais compreendem um conjunto de produtos, técnicas ou metodologias transformadoras, desenvolvidos na interação com a população e apropriados por ela. O desenvolvimento de tecnologias sociais objetiva estimular a formação de grupos populacionais que sejam capazes de criar e gerir iniciativas bem-sucedidas localmente. Pressupõe a garantia de resultados materiais, mas também ganhos no modo de fazer, que se fundamenta na participação democrática, gerando produção e distribuição de conhecimentos e aprendizagens para todos os atores envolvidos, com conseqüente empoderamento e emancipação social. Este enfoque reivindica o diálogo e a integração entre saberes popular e científico, replicáveis com as devidas adequações, promovendo a saúde do ambiente como um todo e, conseqüentemente, a saúde de todos nós. Nesse sentido nosso projeto fez a conjugação de estratégias de mobilização social e ferramentas de comunicação, na perspectiva da construção compartilhada do conhecimento. As principais atividades de mobilização social incluíram Curso de Formação sobre gestão

participativa, oficinas e ciclos de debates e inclusive uma Conferência Local de Saúde, em 2011, que recomendou diversos pontos para a política de saúde local. Como ferramenta de comunicação desenvolvemos o blog: Participação Cidadã e informativos bimestrais organizados a partir de um conselho editorial que tinha em sua composição trabalhadores da Fiocruz e moradores de Manguinhos. Essas duas estratégias buscaram ampliar o olhar para a participação social no bairro, dando visibilidade para diversas ações e possibilitando um fortalecimento dessa temática. Ainda em relação ao informativo, foram realizados círculos de leitura com diversos grupos da comunidade, a fim de aprofundar alguns temas do informativo. Além disso criamos os comitês de mobilização para o CGI, a fim de entrar em contato com todos os grupos de moradores relacionados aos segmentos do CGI descritos acima, estimulando-os a participar do processo através de rodas de conversa, onde apresentávamos a proposta e debatíamos com a população a questão do SUS, Controle Social e Participação Social e tirávamos estratégias conjuntas de mobilização da população para esse processo. Assim trabalhamos com o intuito de escutar a população, com sua experiência de viver no território, possibilitar espaços de troca de idéias e surgimento de estratégias de co-operação entre a comunidade técnico científica da Ensp, com seu conhecimento científico, e a sociedade civil organizada, para articulação de redes sociais territorializadas que atuem de forma solidária para o fortalecimento da participação social local. Entendemos essa forma de trabalho, de construção compartilhada e horizontalizada do saber, a partir da perspectiva de uma tecnologia social que possa contribuir para a promoção da saúde, a partir da melhoria da qualidade de vida e exercício pleno da cidadania. O Conselho Gestor Intersetorial foi eleito no final de 2011 e começou seu funcionamento em janeiro de 2012. O funcionamento desse Conselho está portanto em seu início e precisa ser consolidado em diversos pontos. Uma das questões fundamentais para a consolidação do SUS, expressa no Pacto pela Saúde, é a importância da repolitização da população, questão que vem sendo apontada como fundamental para a qualificação do SUS. Portanto, avaliamos como fundamental a continuidade de processos de mobilização e democratização da informação e do conhecimento para termos uma população mais consciente dos seus Direitos e que compreenda a grande inovação e importância que tem o SUS enquanto política pública universal. Esse processo constante tem como objetivo ampliar a defesa do SUS por uma parcela cada vez maior da população brasileira e a participação das pessoas nos territórios vem fortalecer essa proposta.

Humanização na UTI neonatal: atenção dada aos pais

Michele Kroll Bujes

Gilova Morales Cravo

Lizara Schacker Ellensohn

Pesquisa qualitativa realizada com mães de recém nascidos que permaneceram por um período na Uti Neonatal. Objetivo desta pesquisa foi verificar a percepção que as mães tinham a respeito da equipe.

Entendemos que humanizar a assistência significa agregar, à eficiência técnica e científica, além de respeito ao ser humano. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal realiza cuidados de enfermagem e a participação dos pais é fundamental para a recuperação destes recém-nascidos. O objetivo deste estudo é conhecer a percepção das mães de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sobre o atendimento prestado pela equipe de enfermagem em relação aos aspectos da humanização. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, onde se utilizou os pressupostos de Minayo (2006). A pesquisa foi realizada em um hospital da grande Porto Alegre, tendo como sujeitos três mães de recém-nascidos internados na referida unidade. Foi respeitada a resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2009. As mães relataram interação com a equipe de enfermagem, referiram existir um relacionamento com carinho, apoio e atendimento de suas necessidades e dos Rns. Foram estimuladas a realizar o método-canguru e a prestar os cuidados básicos com seus filhos. Identificou-se, a partir dos resultados, que a equipe de enfermagem da unidade pesquisada, preocupa-se em desenvolver um cuidado com princípios da humanização. Através do cuidado humanizado, solidificamos nossa essência como seres humanos.

Controle social e educação popular em saúde: conselheiros como sujeitos de transformação no SUS-Betim

Aluísio Eustáquio da Silva

Maria da Consolação Magalhães Cunha

Amália Soares de Vasconcelos

Elidiana Coelho de Paula

Moisa Silveira Carvalho Duarte

Valéria da Conceição Ramos Rocha

O estudo do grupo de pesquisa do Observatório do Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS) Betim, relata e analisa o perfil dos 66 Conselheiros Municipais de Saúde, que tomaram posse em novembro de 2011 e aceitaram participar da pesquisa. Os dados foram obtidos por meio de questionários, que auxiliarão na identificação e escolha dos possíveis multiplicadores na comunidade. O perfil desenhado facilitará a construção de uma metodologia de trabalho para formação contínua dos conselheiros, que unifique saberes populares e acadêmicos, com o objetivo de qualificá-los para atuação autônoma e eficaz como sujeitos de transformação no SUS Betim. Do total dos entrevistados 61% são mulheres adultas (40), 13,64% se classificam como do lar (9), envolvidas em núcleo familiar e na sua maioria casadas ou têm união estável. Portanto, deve-se direcionar o horário para a oferta das capacitações de acordo com a disponibilidade destas mulheres, preparar ambientes que favoreçam a participação de suas crianças, filhos ou netos, além de permitir a construção de instrumentos de formação segundo as suas habilidades, modo de vida e de trabalho. Nos resultados obtidos, com relação à faixa etária, 17% das pessoas têm entre 20 e 29 anos (12), 26% têm entre 30 e 49 anos (17), 45% têm entre 50 e 69 anos (30), 3% têm mais de 70 anos (2) e 9% não responderam (6). Já sobre a escolaridade, 52% correspondem à formação escolar do 1º grau completo até o 2º grau incompleto (34), 29% não são alfabetizados ou têm o 1º grau incompleto (19) e 3% pessoas não responderam (2). Em relação à profissão atualmente exercida, foram 34 respostas diferentes. É importante frisar que as profissões que apareceram com maior frequência foram: técnico em enfermagem, com 9% (6), os demais se classificaram como do lar, com 13,64% (9) e aposentado com 7,57% (5). De acordo com o perfil traçado, questionou-se sobre a capacidade dos conselheiros do SUS Betim em conseguir exercer a atividade de educadores populares em saúde. Acredita-se que se houver adesão ao projeto de formação permanente dos conselheiros, eles conseguirão exercer tal função. A formação dos conselheiros deve ser compreendida como um exercício de cidadania, visando prover à comunidade de tecnologia para o entendimento da realidade local, alinhando os interesses da população às ações do Estado garantindo a democracia. Capacitando os conselheiros ao exercício do papel de porta-voz da comunidade que representam; espera-se que sejam multiplicadores de conhecimento e

que possam intervir na gestão pública, identificar e cobrar as ações que devem ser desenvolvidas prioritariamente, e ainda, fiscalizar e avaliar os serviços de saúde. Almeja-se que este órgão colegiado consiga enfrentar estes desafios, garantindo qualidade nos serviços prestados pelo SUS à população betinense. Este é o objetivo coletivo dos alunos e professores que compõem o projeto do Observatório do Controle Social do SUS-Betim.

Este artigo apresenta as reflexões sobre a formação de Conselheiros Municipais de Saúde na expectativa de serem educadores populares. O trabalho foi desenvolvido pelo grupo de pesquisa do Projeto de Extensão Observatório do Controle Social SUS-Betim (OCS-SUS-Betim), parceria entre a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e a Secretaria Municipal de Saúde de Betim, iniciada em 2010. Os Conselhos de Saúde são instâncias de controle social de caráter permanente e deliberativo; se estruturam como órgãos colegiados compostos de forma paritária por representantes do governo, trabalhadores da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, visando o monitoramento de questões técnicas, econômicas e financeiras do sistema municipal, estadual e federal. A questão a ser perseguida por esta pesquisa foi norteadada pelo questionamento sobre a capacidade dos conselheiros do SUS-Betim em conseguir exercer a atividade de educadores populares. Os conselheiros devem conhecer bem a realidade e os problemas relacionados com a prestação de serviço do SUS. A estruturação dos conselhos e a formação dos conselheiros, na Lei 8.142/90, determina a obrigatoriedade de discussão dos planos de saúde durante as Conferências Municipais. Espaços de manifestação e participação pública na decisão dos rumos do Sistema. A Conferência de Saúde reunir-se-á cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990). A conferência tem por finalidade a participação da população, através dos conselheiros, apontando a direção em que deve caminhar a área da saúde e programar as ações necessárias de acordo com as prioridades da população. Estudos realizados por Morita, Guimarães e Di Muzio (2006) sobre a realidade de um conselho de saúde, situado no município de Botucatu (SP), permitem a aproximação do tema a ser tratado pelo OCS-SUS-Betim. Os autores utilizaram de uma abordagem qualitativa, que permitiu aproximação e conhecimento da participação dos conselheiros e sua representatividade na comunidade. O artigo cita a desigualdade dos conselheiros na participação das atividades dos Conselhos Municipais de Saúde ao comparar a postura dos representantes dos usuários do SUS em relação aos conselheiros, membros de entidades sindicais ou associações. Segundo os autores, os primeiros não assumem o papel de porta-voz do grupo que representam, constatou-se que: “embora presentes em praticamente todas as reuniões, quase nunca manifestaram para concordar ou discordar de algum assunto em debate, ou propor ou encaminhar alguma queixa ou sugestão da comunidade” (MORITA; GUIMARÃES; DI MUZIO, 2006. p. 53). Considerando a realidade de exclusão social e, principalmente,

a falta do direito à saúde da população brasileira, até 1988, é fundamental a reorganização da comunidade. O OCS-SUS-Betim, projeto de extensão universitária, através da comunidade acadêmica vem se empenhando na mudança deste cenário. Levando em consideração que a falta de um processo de formação, para os conselheiros, pode constituir-se em um recurso negativo na construção do empoderamento de suas funções, Cotta, Cazal, Rodrigues, Gomes e Junqueira (2010) acredita que a abordagem pedagógica do ensino-aprendizagem seja a metodologia mais aplicável neste contexto, já que se baseia na capacidade que o indivíduo tem em participar como agente de transformação social. Os autores ao discutir o método de problematização de Freire (2007) enfatizam que ao considerar e respeitar a cultura e os saberes construídos dos conselheiros obtém-se a consciência crítica. Este estudo, de caráter descritivo, pesquisou 66 conselheiros municipais, dentre o total presente na solenidade de posse. Utilizou-se um questionário semiestruturado com questões fechadas e abertas, contendo 25 perguntas que abrangeram informações diversas, sendo adequadamente formuladas e adaptadas para a população pesquisada. Os alunos do Projeto de Extensão OCS-SUS-BETIM, gestão 2012, digitaram os dados em Excel e os agruparam por meio de categorização para realização da descrição e análise estatística. Elaborou-se a tabulação com frequências simples, em seguida foram construídos gráficos para análise descritiva, que permitiram organizar, resumir e comunicar os resultados encontrados. A partir da análise dos dados obtidos, do total dos respondentes 61% (40/66) eram do sexo feminino. A média de idade entre as mulheres foi de 43 anos e de homens 46. A faixa etária do grupo entrevistado mais representativo apresentou 45% (30/66) entre 50 e 69 anos e 26% (17/66) entre 30 e 49 anos. Com relação ao estado civil a maioria eram casados e em união estável 57.5% (38/66), solteiros, viúvos e divorciados com 39% (26/66). Sobre a variável escolaridade identificou-se 36% (24/66) dos conselheiros com o segundo grau completo. Aqueles não alfabetizados, somados aos que tinham o primeiro grau incompleto, formavam um percentual de 29% (19/66). A distribuição de frequência correspondente a formação do primeiro grau completo foi de 23% (15/66). Com relação à renda individual dos entrevistados, a média salarial dos respondentes foi R\$ 510,54. É importante ressaltar que mais da metade (53%) dos conselheiros informaram ter a renda individual abaixo da média do grupo. A maior renda apresentada, por um único conselheiro, foi de R\$ 1.943,70 (três salários mínimos) e a menor de R\$ 103,67. A profissão que apareceu com maior frequência foi a do lar com 13,64% (9/66), quanto ao tempo de dedicação para formação de conselheiros, 68% (45/66) dos respondentes disseram que tinham tempo disponível e 11% (7/66) não tinham tempo. Conhecer informática foi uma das variáveis pesquisadas, encontrou-se 59% (39/66) dos conselheiros com familiaridade com o tema, 40% (27) dos demais registros se classificaram em não conhecer e/ou não responderam. A participação em organização ou movimento social foi informada por 85% (56/66) dos conselheiros, destes 30% (20/66) afirmam ter experiência em participar do Conselho Municipal de Saúde, contra 64% (42/66) que nunca participaram. Pode-se afirmar que aproximadamente a maioria, (47,5%), das mulheres que responderam ao questionário tem baixa escolaridade. Todo o seguimento de primeiro grau incompleto identificado na pesquisa é composto por mulheres e dentre os não alfabetiza-

dos elas representam 83%. O seguimento de formação do segundo e terceiro grau têm, respectivamente, 54% e 66% de participação feminina. As mulheres foram responsáveis por quase 60% das respostas em que afirmaram ter tempo disponível para dedicação na formação de conselheiros e dentre estas, 80% tinham experiência com trabalhos sociais. A partir da expectativa de formar educadores em saúde, este trabalho analisou o perfil dos conselheiros municipais do SUS-Betim, que tomaram posse em Novembro de 2011. Os resultados obtidos permitirão o direcionamento para a forma de capacitação e da escolha de multiplicadores das políticas de saúde, atribuições do controle social no SUS. O Conselho Municipal de Saúde de Betim deve contextualizar a participação das mulheres, sendo necessário construir instrumentos capazes de medir a efetividade da proposta e a capacidade dos conselheiros em atuar como educadores em saúde. Agradecemos aos professores e alunos extensionistas que fizeram parte do Projeto de Extensão OCS-SUS-BETIM nos anos de 2010 e 2011, que nos possibilitaram dar continuidade ao trabalho por eles iniciado.

REFERÊNCIAS: BRASIL, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de dez.1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 15 Maio 2012.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro; GOMES, Karine de Oliveira; JUNQUEIRA, Túlio da Silva. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 Jan. 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-566268>>. Acesso: em 29 Maio 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

LÜCHMANN, Lígia Helena Han; ALMEIDA, Carla Cecília Rodrigues. A representação política das mulheres nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. **Rev. Katál**. Florianópolis. v. 13 n. 1 p. 86-94 jan./jun. 2010.

MORITA, Ione; GUIMARAES, Julliano Fernandes Campos; DI MUZIO, Bruno Paulino. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, Abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n1/06.pdf>> Acesso em: 20 Maio 2012.

Curta SUS

Murilo de Brito Andrade
Chênia Valença Coutinho

Projeto que utiliza o cinema como ferramenta propulsora das ações de Educação Popular em Saúde no âmbito da Atenção Primária. A ideia é aproximar os profissionais da saúde e da educação, dos alunos, dos usuários e de outros dispositivos do território, como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), ONGs, Associações de Moradores. O CURTA SUS tem se tornando uma valerosa ferramenta de Educação Popular em Saúde da Secretaria Municipal de Aracaju. Apenas nos primeiros cinco meses do ano de 2012, atingiu a marca de mais de mil espectadores em suas exibições em escolas, unidades de saúde, associações de moradores, CRAS, espaços de formação entre outros. Tentamos garantir que os filmes eleitos tenham sido, pura e simplesmente, produzidos com a intencionalidade artística. Durante a seleção tentamos encontrar curtas metragens que possam suscitar debates mais específicos sobre alguns temas, desse modo facilitamos a escolha por parte dos profissionais e/ou usuários quando solicitam a parceria do Curta Sus para fazerem uma roda de discussão sobre determinada temática. Muitas surpresas acontecem nesse processo, não é raro que levemos um filme para debater alguma questão e os apreciadores, a partir de suas histórias de vida e da singularidade na forma de ver o mundo, vejam, percebam, sintam e tragam para a roda outras visões e outros temas pertinentes.

I. Justificativa: Como reforço a necessidade de desenvolvimento de uma política de saúde que esteja pautada na promoção, prevenção e atenção à saúde o SUS – Sistema Único de Saúde vem lançando mão de estratégias inovadoras para assegurar a integralidade, a universalidade e a busca da equidade. Estimular a autonomia e a co-responsabilização da sociedade é outra faceta muito explorada pelo SUS para garantir a qualidade dos serviços ofertados e que esses possam produzir impacto real na qualidade de vida do brasileiro. Dentre as estratégias inovadoras, destacamos o envolvimento entre trabalhadores e usuários, informados e comprometidos, na condução dessa política pública. O que acontece em diversos níveis e formas, desde uma sala de espera esclarecedora até os questionamentos e solicitações de um conselho local de saúde com os variados atores que o compõem. De modo mais ou menos estruturado, já contamos com espaços de articulação entre trabalhadores (gestores ou não) e sociedade civil (usuários ou não) que de algum modo tem delineado os caminhos percorridos pelo SUS. Sabemos ainda, que há muito para ser construído e que o SUS em seus vinte e poucos anos tem que rever percurso e reavaliar trajetória cotidianamente, seja incorporando novas tecnologias ou repensando o uso das que já estão disponíveis. A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção primária, sendo esse um dos serviços mais férteis para se cultivar promoção e prevenção em saúde. A estratégia da saúde da família prevê, justamente, a superação do entendimento de saúde como ausência de doença ampliando a concepção de saúde como produção social, econômica e cultural. Entretanto,

muitas são as dificuldades encontradas pela atenção primária de realizar essa tarefa complexa, não sendo raros os exemplos em que, por conta de dificuldades das mais variadas possíveis, encontramos Unidades de Saúde da Família trabalhando exclusivamente com ações de cura e reabilitação, sem associá-las às ações de promoção e atenção. Com o objetivo de estreitar a articulação entre essas ações (promoção e prevenção/cura e reabilitação) surge a proposta do CURTA SUS. Ele traz como escopo principal a utilização da linguagem cinematográfica para disparar reflexões e debates dentro das USFs no que diz respeito a produção de sujeitos e de saúde. Apostando no potencial subjetivo da arte e na popularidade alcançada pelo cinema investimos na aproximação dos profissionais de saúde com os usuários e com os outros dispositivos do território, como escolas, CRAS, associação de moradores e outros. O CURTA SUS é, portanto, uma ferramenta de gestão transversal aos diversos programas e redes de saúde e a Atenção Primária. Dentro de uma periodicidade estipulada e pensada anteriormente com a coordenação da Atenção Primária e/ou escolas, são disponibilizados curtas metragens para exibição, preferencialmente nas Unidades de Saúde da Família, podendo acontecer em escolas, CAPS ou em outros espaços da comunidade (associações, terreiros, igrejas, ONGs, etc). São convidados profissionais e comunidade que logo após o filme participam de uma roda de debates sobre o tema abordado, compartilhando sensações e mobilizações consequentes ao filme assistido. Os temas são os mais variados possíveis e a partir de uma lista de curtas metragens previamente apresentada, os programas, redes e/ou comunidade elegem estrategicamente o tema mais pertinente para ser discutido em uma ou outra comunidade naquele momento. Na perspectiva da Educação Popular em Saúde, o estímulo principal é para que cada telespectador possa trazer suas impressões sobre o tema exposto e quais as correlações imediatas que conseguem fazer com eles próprios, com a vida, com a comunidade e o que mais puder surgir tanto de trabalhadores quanto de usuários. Desse modo e com sutileza os “facilitadores do dia” (garantimos sempre um profissional que divide com o grupo a responsabilidade de conduzir a roda e garantir a circulação das falas) podem na medida em que o encontro vai caminhando para o encerramento, trazer informações em saúde que complementem, somando, ratificando ou retificando as ideias que circularam na roda. II. Objetivos: a. Geral: Utilizar o cinema como ferramenta propulsora das ações de Educação Popular em Saúde no âmbito da Atenção Primária. b. Específicos: Estimular a criação de espaços sistemáticos para a exibição de filmes e outras ações de Educação Popular em Saúde para a aproximação entre os serviços de saúde, a escola e a comunidade; Proporcionar outros espaços de encontro entre as redes e programas da SMS com as Equipes de Saúde da Família e comunidade local; Garantir rodas de conversa, de reflexão e debate acerca de temáticas relacionadas à Saúde; Ofertar o filme como instrumento de Educação Permanente para ampliar o público alvo interessado pelas discussões da Saúde; Sensibilizar os profissionais para a possibilidade de se utilizar filmes como estratégia de aproximação e oferta de cuidado para os alunos/usuários da comunidade; Fortalecer a interação entre os profissionais da educação e da saúde; Fortalecer a relação entre as redes e programas e as equipes de saúde da família. III. Metodologia: Exibição de filmes curta metragens com até 30 minutos de duração e posterior abertura de rodas de discussão acerca do tema abordado nas salas de espera das Unidades de Saúde da Família de Aracaju e/ou nas escolas próximas das Unidades e/ou outros espaços coletivos da comunidade.

Projeto sons no SUS

Murilo de Brito Andrade

O projeto “SONS NO SUS” se propõe a utilizar a música como instrumento de Educação Popular em Saúde estabelecendo uma comunicação com trabalhadores, usuários e familiares do SUS Aracaju, objetivando a melhoria da qualidade do ambiente da saúde. Com uma proposta de intervenção melódica, ocupamos os mais diversos espaços (hospitais, USFs, Centro de especialidades...) para mudar positivamente a rotina desses ambientes. O ritmo, a melodia e a harmonia são sempre os meios de comunicação utilizados pelos músicos do projeto, que seguem num investimento cotidiano para garantir que a relação se estabeleça unicamente pela utilização dos “SONS NO SUS”. A ideia é chegar com SOM onde tem SUS e tentar mostrar melodicamente um SUS que dá certo e que pode ajudar a produzir sujeitos com mais vida e menos sofrimento. A receptividade do projeto, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, tem sido muito positiva. Lágrimas de felicidade e palavras de gratidão são muito comuns em todos os espaços. Para garantir o sucesso do Projeto SONS NO SUS, os integrantes seguem uma rotina: reuniões de avaliação, educação permanente com pauta nos princípios e diretrizes da EP&S e PNH, manutenção de repertório/ensaio/criação e as intervenções propriamente ditas. O repertório utilizado é escolhido de forma a alcançar os diversos públicos e os diferentes momentos que possam surgir e em cada intervenção são disponibilizados instrumentos percussivos (ganzá, triângulo, pandeiro, etc.) para que todos os presentes possam tocar e cantar juntos com os integrantes do Sons no Sus.

‘Não é um projeto de cunho terapêutico,
não é um projeto com cunho de show de concerto,
não é de cunho da animação de festas, é um projeto de qualidade
de vida de um ambiente’ Victor Flusser

Justificativa: O Sistema Único de Saúde – SUS em seus vinte quatro anos de existência vem sendo desafiado cotidianamente a cumprir seus compromissos de prevenir, tratar, recuperar e promover saúde. Produzir saúde é o objetivo geral do SUS e nos últimos anos observamos que a necessidade de inovar a partir de uma visão ampliada de mundo tem sido cada vez mais presente para lograr êxito nessa missão. De modo geral os usuários buscam os serviços do SUS quando estão precisando de ajuda por algum problema de saúde, o que nos leva a uma fotografia não muito animadora das salas de espera das Unidades de Saúde da Família, dos Centros de Especialidades Médicas, de Atenção Psicossocial ou dos Hospitais. Os usuários, que ocupam esses espaços, chegam com múltiplas queixas já que nenhum tipo de adoecimento foge da tríade biopsicossocial e tanto eles quanto os profissionais que os acolhem se depararam com momentos de desconforto no enfrentamento dos diversos tipos de dores que se apresentam. As

Unidades de Saúde da Família – USF são a principal porta de entrada do SUS e ali a função de promoção a saúde pode ser elevada a sua potencia máxima, sobretudo pela proximidade com o território o que aumenta as possibilidades de trabalhar a prevenção. Na USF encontramos diariamente usuários que buscam atendimento por conta de algum mal estar físico e/ou emocional. Paralelo a essa demanda encontramos profissionais que, não raramente, são absorvidos por pela rotina de trabalho e acabam perdendo capacidade observar e cuidar de sua própria saúde para poder de fato promover a alheia. É oportuno lembrar que o ambiente hospitalar está no imaginário da população como um lugar desagradável e facilmente conseguimos explicações para esta “verdade a priori”. Com exceção dos profissionais que ali trabalham, quando temos que ir a um hospital é porque alguns aspectos em nossa saúde precisam ser mais bem observados e estamos precisando de cuidados. Essa realidade é ainda mais difícil quando temos que passar por um período de internação, permanecendo por dias e às vezes semanas sem poder sair daquele lugar. Os Centros de Especialidades, os Centros de Atenção Psicossocial, os espaços de gestão nos diversos setores que compõem o SUS, enfim, onde tenham usuários e trabalhadores fazendo o SUS acontecer somos desafiados a humanizar os encontros, melhorar o ambiente e produzir saúde. Os encontros acontecem o tempo todo e a multiplicidade de experiências e de formações dos diferentes atores que compõem o SUS, pode em muitos momentos dificultar a harmonização desses encontros. A música é reconhecida secularmente como uma das artes mais democráticas, sobretudo no que diz respeito ao seu acesso, conseguindo, em diversos níveis, um alcance universal. Não é preciso conhecimento científico ou terapêutico, embora existam estudos comprobatórios nas duas áreas, para percebermos que a música tem a capacidade de interferir diretamente em nosso estado de humor. Por vezes, através do ritmo ou a letra de uma canção, somos levados a outro lugar sem sequer mexer um músculo. É esta possibilidade oferecida pela música, de sair, mesmo que simbolicamente, do lugar em que nos encontramos ou conseguir experimentar o mesmo lugar de outro modo, que nos leva a acreditar na potência do projeto **Sons no SUS**. Esse projeto leva músicos aos diversos ambientes da SMS Aracaju numa proposta de intervenção melódica para mudar positivamente a rotina desses lugares. Iniciativas com o intuito de levar música aos ambientes de saúde não é algo novo no mundo e temos experiências muito positivas no âmbito internacional. É o caso, por exemplo, da iniciativa que culminou na criação de um Centro de Formação de Músicos Interventores na Universidade Marc Bloch, em Estrasburgo, na França. O centro é coordenado por Victor Flusser, um brasileiro, e é o primeiro no mundo que forma músicos profissionais para interação em ambientes de saúde. A educação popular em saúde se dá de diversas formas e em diferentes momentos através da linguagem oral, corporal e de todo conteúdo simbólico que permeia essas linguagens. A música executada ao vivo é capaz de acessar os diferentes atores que constroem o SUS, todos o que estão presentes são convidados a contribuir cantando, executando algum instrumento percussivo, dançando ou simplesmente se deixando tocar pelo som. Em Aracaju, com as peculiaridades que são características das cidades nordestinas, quando tocamos um ritmo de forró, por exemplo, é notória a identificação positiva de quase cem por cento das pessoas presentes, o que reverbera em forma de interação,

comunhão e descontração. Nosso repertório é dinâmico e está sempre em construção, temos a preocupação de garantir diferentes letras, ritmos e arranjos para que possamos adequar nossa intervenção ao ambiente, horário, situação ou época em que estamos. Desse modo conseguimos melhor atender as solicitações de intervenção, além de garantir um repertório que toque um maior número de pessoas. Desde as músicas de ninar, passando pelas cantigas de roda e canções folclóricas do nosso Estado, caminhamos tranquilamente ao encontro de clássicos da música popular brasileira. Pop, funk, samba, chorinho, marcha, valsa, baião, da década de 20 ou recém-lançados, todos são possíveis de fazer parte do repertório dos **Sons no Sus**, nos preocupamos mais com a qualidade/intencionalidade da intervenção melódica do que com pré-conceitos sobre a popularidade, ou não, das músicas eleitas. A entrada da música nos ambientes do SUS intervém não só no estado dos pacientes e familiares, mas também junto aos trabalhadores, o que reverbera diretamente no processo de trabalho da instituição. É mais uma forma de aproximação dos saberes e de trocas intensas de conhecimentos e afetos. Este projeto tem ganhado força, desde que foi lançado em fevereiro de 2012, e a promoção e prevenção em saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju está sendo beneficiada na medida em que o projeto **Sons no SUS** vem sendo significado junto aos servidores e usuários. **Objetivos:** 1) **Geral:** Utilizar a música como instrumento de educação popular em saúde no SUS Aracaju; 2) **Específicos:** a) Utilizar a música para a melhoria da qualidade do ambiente do SUS Aracaju; b) Inovar na oferta de cuidado para usuários e trabalhadores do SUS Aracaju; c) Propiciar outros tipos de encontros entre trabalhadores e usuários do SUS; d) Garantir intervenção de outras áreas de conhecimento para a manutenção de uma clínica ampliada; e) Estimular uma cultura de utilização da arte como elemento terapêutico nos ambientes do SUS; f) Sensibilizar usuários e trabalhadores para a apreciação de expressões artísticas; g) Investir na formação de músicos interventores na área da saúde. **Metodologia:** Para viabilizar o projeto, recorreremos a possibilidade de contratação de estagiários, preferencialmente do curso de música, podendo ser contratados alunos dos cursos de arte ou de alguma área reconhecidamente relacionada com a saúde e que tenham experiência com algum instrumento ou canto. Houve seleção de um número reduzido de alunos (contratamos 3), para facilitar o desenvolvimento do projeto e inicialmente ir desenhado seu formato. Basicamente os critérios de seleção foram a aptidão dos alunos com instrumentos musicais que possam ser levados facilmente de um lugar para outro (gostar de cantar e ter uma voz afinada é um aspecto que integra e complementa esse critério) e apetência para o relacionamento com o outro através da música. Os alunos participaram de oficinas para entender mais sobre o SUS e coletivamente construir as possibilidades de intervenção a partir do recurso musical. As oficinas acontecem durante todo o projeto e servem para a construção coletiva dessa experiência. As oficinas e reuniões de singularização acontecem periodicamente e são coordenadas por integrantes do NUPRIN e outros profissionais que no decorrer do processo são identificados como pertinentes. Os estagiários e a referência técnica do projeto produzem relatório mensal que tem servido como registros para análise e construção da memória do processo.

Educação popular em saúde como estratégia para promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional em comunidades: uma experiência na extensão popular em João Pessoa-PB

Myrella Myvelin de França Alves

Luciana Maria Pereira de Sousa

Aline da Silva Alves

Islany Costa Alencar

Rafaela Caroline da Silva Gomes

Pedro José Santos Carneiro Cruz

A predominância de práticas educativas em saúde centrada no modelo prescritivo e biologicista vêm sendo cada vez mais contestada mediante a construção de possibilidades metodológicas com dimensão crítica, humanística e dialógica no cotidiano das práticas de Educação Popular em Saúde. Nessa direção, o Projeto de Extensão “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica à Saúde (PINAB)” vem desenvolvendo, desde agosto de 2007, iniciativas de Promoção da Saúde no campo da Saúde Coletiva e da Segurança Alimentar e Nutricional com as comunidades Jardim Itabaiana, Boa Esperança e Pedra Branca, localizadas no bairro do Cristo Redentor, em João Pessoa-PB, tanto em serviços de saúde, como em escolas e espaços populares locais. Suas ações organizam-se em três frentes: 1) atividades coletivas com cinco grupos operativos: Gestantes; Mobilização Popular composto por usuários, trabalhadores e gestores da USF; Grupo Saúde na Comunidade; Curso de Saúde Comunitária; e Grupo Escola, 2) visitas domiciliares e 3) gestão compartilhada do projeto. As ações desenvolvidas pelo PINAB são realizadas através de rodas de conversas, seguindo a linha de promoção de discussões horizontais, utilizando da arte, da cultura e da criatividade em interface com uma educação crítica e participativa, viabilizando a pró-atividade e a integração da comunidade, valorizando a escuta e do diálogo, de forma amorosa, acolhedora e humanística em busca da construção crítica sobre as noções básicas de saúde. A partir disso, acumulamos experiência na Extensão Popular, com a construção de estratégias metodológicas, como as rodas de conversa, usada pelos grupos operativos, onde há a possibilidade de todos exporem suas idéias, dúvidas e inquietudes com relação às suas necessidades, de saúde e do serviço, no âmbito individual e comunitário, possibilitando a promoção da saúde, de forma horizontal e participativa, valorizando a troca de experiências. Além disso, ocorre também a realização de mostras científicas, onde os participantes são instigados a uma reflexão crítica sobre as práticas de saúde, bem como ações na Escola Municipal de Ensino Fundamental Augusto dos Anjos (EMEFAA), onde o resultado de tais ações pode ser percebido pelo aprendizado ativo e coletivo que envolvem os jovens em uma postura reflexiva e hu-

manitária, estratégias inovadoras no âmbito da nutrição em saúde pública. Com isso, a Educação Popular permite a condução da extensão universitária na perspectiva do diálogo de saberes e da transformação social, onde, a autonomia e a promoção da saúde são desafios cuja concretização não é medida em tempo delimitado, nem em metas pré-estabelecidas. O PINAB busca assim, impulsionar o fortalecimento local da participação popular na gestão do serviço, desenvolver o olhar crítico e humanizado dos trabalhadores e extensionistas, bem como a interação profunda do estudante em formação com os problemas e desafios da realidade comunitária.

INTRODUÇÃO: A predominância de práticas educativas em saúde centrada no modelo prescritivo e biologicista vêm sendo cada vez mais contestada mediante a construção de possibilidades metodológicas com dimensão crítica, humanística e dialógica no cotidiano das práticas de Educação Popular em Saúde. A Extensão Popular se configura no espaço concreto de aproximação entre os estudantes e as classes populares, buscando através do diálogo com os sujeitos, formas diversas de contribuir para melhoria da qualidade de vida da população mais desfavorecida. Nesse contexto fazemos ressaltar para o papel do nutricionista como agente educativo e para isso é importante que esse profissional durante sua formação seja inserido em práticas que facilitem e fortaleçam o desenvolvimento desse papel de forma realista e humanística. Nessa direção, o Projeto de Extensão “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica à Saúde (PINAB)” vem desenvolvendo, desde agosto de 2007, iniciativas de Promoção da Saúde no campo da Saúde Coletiva e da Segurança Alimentar e Nutricional com as comunidades Jardim Itabaiana, Boa Esperança e Pedra Branca, localizadas no bairro do Cristo Redentor, em João Pessoa-PB. Sendo estas ações desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família (USF) “Vila Saúde”, na Escola Municipal de Ensino Fundamental Augusto dos Anjos (EMEF AA), na Associação dos Moradores da Comunidade Boa Esperança e em outros espaços locais da comunidade, como uma igreja, que foi cedida para sediar as reuniões de um dos grupos operativos do projeto. **DESENVOLVIMENTO:** Pensar a Promoção da Saúde numa perspectiva crítica e ampliada requer desenvolver um processo de cuidado em saúde cuja ênfase esteja na valorização da comunidade, de seus sujeitos e de sua capacidade em atuar de forma ativa e participativa na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (PINHEIRO E MATTOS, 2001; AYRES, 2004). Visando potencializar esses espaços de formação e promoção à saúde, como protagonistas destes processos educativos, as ações do PINAB organizam-se em três frentes: 1) atividades coletivas com cinco grupos operativos: Gestantes; Mobilização Popular (MP) composto por usuários, trabalhadores e gestores da USF; Grupo Saúde na Comunidade; Curso de Saúde Comunitária; e Grupo Escola, 2) visitas domiciliares e 3) gestão compartilhada do projeto. O Grupo de Gestantes realiza os seus encontros às segundas-feiras no período da tarde, abrangendo as gestantes da comunidade, profissionais de saúde e extensionistas. O objetivo desse grupo consiste em promover atividades orientadas pela Educação Popular no intuito de que cada mulher seja tratada na sua integralidade, tornando um locus de apoio que possibilite o compartilhar de experiências e a ampliação de questões consideradas

relevantes pelas gestantes. O Grupo MP atua acompanhando e apoiando, o processo de fortalecimento da participação popular na saúde a partir da construção de um Conselho Local de Saúde (CLS), na USF Vila Saúde, através de reuniões denominadas “Espaços de Diálogos”, cuja proposta é permitir que haja participação popular, potencializando a interação entre comunidade - serviço, e promovendo assim a autonomia da comunidade, estimulando a mesma na conscientização do seu papel político e social para o exercício da cidadania ativa na saúde. O Grupo Saúde na Comunidade é um espaço de escuta e compartilhamento de experiências cotidianas que objetiva promover saúde através da Educação Popular a partir de discussões críticas visando conhecer os problemas enfrentados dentro da comunidade, além de esclarecer questões de saúde, conforme demandadas e priorizadas pelos atores comunitários. O Grupo Escola atua com professores, merendeiras e estudantes da Escola Municipal Augusto dos Anjos, no bairro Cristo Redentor, com ações voltadas à Promoção da Saúde e da Alimentação Saudável, de forma lúdica, criativa e reflexiva sobre as questões de saúde envolta da comunidade. Atualmente o grupo vem discutindo os direitos garantidos e descritos pelo Sistema Único de Saúde em torno de sua própria realidade, como citado na Organização Mundial de Saúde (1948), “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1946), colaborando para a reflexão crítica dos adolescentes sobre suas condições de moradia e saúde, conhecendo a história de luta da comunidade por melhorias, seus direitos e deveres como cidadãos, aproximando a unidade de saúde à escola. As visitas domiciliares ocorrem quinzenalmente, às sextas feiras à tarde, cujo objetivo é fortalecer o vínculo das estudantes com a comunidade. Para a realização das mesmas os estudantes são divididos em duplas, ou trios que ficam responsáveis pelo acompanhamento, de duas ou três famílias que foram anteriormente escolhidas após uma reunião com os profissionais da Unidade de Saúde e as lideranças comunitárias. Essas visitas são realizadas através de diálogos horizontais sobre assuntos do cotidiano e da saúde. Aproximando os extensionistas da realidade dessas famílias, fortalecendo o vínculo entre extensionistas e comunidade, através do convívio construído a partir do diálogo, do respeito mútuo e da troca de saberes existente em cada visita. A gestão compartilhada e o apoio pedagógico as estudantes do projeto ocorrem durante as reuniões semanais, onde os participantes trocam informações, dialogam e encaminham as discussões. Além disso, existe um suporte à distância, realizado através de uma lista de discussão da WEB. As ações desenvolvidas pelo PINAB são realizadas através de rodas de conversas, seguindo a linha de promoção de discussões horizontais, utilizando da arte, da cultura e da criatividade em interface com uma educação crítica e participativa, viabilizando a pró-atividade e a integração da comunidade, valorizando a escuta e o diálogo, de forma amorosa, acolhedora e humanística em busca da construção crítica sobre as noções básicas de saúde. A partir disso, acumulamos experiência na Extensão Popular, com a construção de estratégias metodológicas, como as rodas de conversa, utilizada pelos grupos operativos, onde há a possibilidade de todos exporem suas idéias, dúvidas e inquietudes com relação às suas necessidades, de saúde e do serviço, no âmbito individual e comunitário, possibilitando a promoção da saúde, de forma horizontal e participativa, valorizando a troca de experiências. Além disso,

ocorre também a realização de mostras científicas, onde os participantes são instigados a uma reflexão crítica sobre as práticas de saúde, bem como ações na Escola Municipal de Ensino Fundamental Augusto dos Anjos (EMEFAA), onde o resultado de tais ações pode ser percebido pelo aprendizado ativo e coletivo que envolve os jovens em uma postura reflexiva e humanitária, estratégias inovadoras no âmbito da nutrição em saúde pública. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A Educação Popular permite a condução da extensão universitária na perspectiva do pensar e agir de modo diferente, dialogando com as classes populares, trocando saberes e buscando a transformação social, onde, a autonomia e a promoção da saúde são desafios cuja concretização não é medida em tempo delimitado, nem em metas pré-estabelecida. O PINAB busca assim, impulsionar o fortalecimento local da participação popular na gestão do serviço de forma horizontal, desenvolver o olhar crítico e humanizado dos trabalhadores e extensionistas, bem como a interação profunda do estudante em formação com os problemas e desafios da realidade comunitária. REFERÊNCIAS: AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004. PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. WHO (World Health Organization) 1946. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Genebra.

Projeto Vidas Paralelas: estudo sobre uma experiência de participação em Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro

Olivia Luciana dos Santos Silva

Helena Maria Scherlowski Leal David

O objeto deste estudo é o Projeto Vidas Paralelas (PVP) no estado do Rio de Janeiro. Possui como objetivo geral estudar a experiência do PVP do Rio de Janeiro à luz dos conceitos da Educação Popular e Saúde (EPS). Como norteador da pesquisa, utilizamos o método qualitativo e para a análise dos dados, utilizamos a análise de conteúdo. O cenário da pesquisa consta de tudo que envolve o PVP, seus integrantes e o ambiente virtual. Antes de apresentarmos os resultados das entrevistas, descrevemos o componente digital do PVP (o site) e o perfil dos sujeitos da pesquisa que foi composta de 11 trabalhadores inseridos no PVP RJ. Categorizamos os achados das entrevistas em quatro tópicos: o primeiro, fala sobre a participação no PVP, onde constatamos que, quanto a participação, os trabalhadores mostraram várias formas de uso do projeto, bem como tipos de participação, com ênfase às falas que esperam que o PVP também forme multiplicadores. Dentre os ganhos para a classe trabalhadora, no segundo tópico, eles citaram a melhoria da cultura de denúncia e a oportunidade de reconhecimento da identidade de gênero de uma classe em especial. Outros trabalhadores consideram o projeto, também, como agente fortalecedor de sua ou de outras categorias profissionais. No terceiro tópico, consideram que, no futuro, o PVP será uma importante ferramenta nas mãos do trabalhador para a exposição de sua realidade de trabalho. Além disso, eles colocam a esperança na melhoria do convívio com o próprio grupo do PVP no Rio de Janeiro. Por fim, no quarto tópico como melhorias, os entrevistados apontam a necessidade de reorganização do coletivo que compõe o PVP RJ. E para que esse convívio se concretize, os trabalhadores cobram que a Rede de Apoio realize mais reuniões. Outro ponto bem enfático na fala dos entrevistados, neste tópico, foi a dificuldade em acessar o site e a dificuldade de acesso à internet. Portanto, neste estudo observamos como a tecnologia da informação, associada a rede mundial de computadores e guiados pela experiência da metodologia da educação popular em saúde, se mostrou uma ferramenta de auxílio para a participação de trabalhadores em um projeto de saúde do trabalhador. No entanto, observamos que lidar com a metodologia a qual o projeto foi calcado trouxe dificuldades para a maturação dele no Rio de Janeiro. Também foi constatado a dificuldade de alguns trabalhadores em lidar com o componente digital do PVP. E, por fim, a reclamação implícita na fala dos trabalhadores em se sentir participante – em todas as etapas – da constituição do PVP.

Este estudo é o resultado de uma Dissertação de Mestrado que deseja apresentar à comunidade acadêmica, o fruto do Projeto Vidas Paralelas (PVP), ou seja, como se dá a participação dos diversos trabalhadores na experiência de Saúde do Trabalhador para os integrantes do PVP no estado do Rio de Janeiro. O

PVP busca revelar o cotidiano de vida e trabalho da classe trabalhadora do Brasil a partir da ótica dos próprios trabalhadores, por meio de ferramentas da cultura digital e pautadas na educação popular. Pretende com isso a formação de uma rede social que possibilite a troca de experiências, a reflexão e construção de políticas públicas adequadas às demandas reais dessa classe. Freire (1979) nos ensina que quando um homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio. Dessa forma, traçamos os seguintes objetivos: 1) objetivo geral: a) estudar a experiência do Projeto Vidas Paralelas do Rio de Janeiro à luz dos conceitos da Educação Popular e Saúde (EPS); 2) objetivos específicos: a) identificar a participação dos trabalhadores no Projeto Vidas Paralelas no Rio de Janeiro, b) descrever a contribuição do projeto às categorias profissionais sob a ótica dos trabalhadores que dele participa. Em sua metodologia, consiste de uma pesquisa qualitativa. O cenário da pesquisa foi delineado a partir de tudo que envolve o Projeto Vidas Paralelas: seus integrantes, através de reuniões e encontros dos grupos de trabalhadores; e o ambiente virtual que é primordial neste projeto, o que inclui o site e o grupo de discussão. Por se tratar de um projeto de caráter nacional, esta pesquisa foi desenvolvida no estado do Rio de Janeiro, apenas com os participantes do Projeto Vidas Paralelas deste estado. Foi realizado um total de 11 entrevistas, 6 delas presenciais que foram realizadas nos locais de melhor acesso para o trabalhador que, em sua totalidade, preferiu a sede do grupo (sindicato ou movimento social) que ele representa no projeto. Buscamos com isso priorizar a conveniência das entrevistas. Com o intuito de humanizar nossos relatos – não apenas numerá-los isolando-os de sua importância histórica e social – utilizamos codinomes ao nos referirmos as falas. Ressaltamos que a coleta de dados se deu após a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – parecer COEP 087/2011. Os achados estão distribuído em 4 categorias, onde as falas mais representativas foram selecionadas para análise. Assim sendo, as categorias ficaram definidas da seguinte forma: **A participação no PVP** “*Não recebi câmera para fotografar, mas se tivesse poderia comprovar o quanto os profissionais da saúde estão trabalhando insatisfeitos e nos limites de suas capacidades. (MANIÇOBA)*”. As falas dos líderes sindicais apontam a importância do projeto ao mesmo tempo em que fala da realidade dos trabalhadores que representam. Elas convergem para o que visa a EPS que é fazer com que o indivíduo - consciente de sua importância - modifique a realidade que o incomoda. Valendo-se de Vasconcelos, (2007a) podemos dizer que os discursos, assim como a EPS, é um instrumento que trabalha pedagogicamente este indivíduo e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a proporcionar o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. **O que ganha a classe trabalhadora** “*Eu posso falar pela classe que eu to representando lá, que eu acho assim, tem alguns estados – eu sempre olho alguns estados lá – aí algumas pessoas colocam coisas desconexas, por exemplo: a pessoa trabalha com peixe aí coloca lá galinha, entendeu? Eu acho que a primeira coisa que temos que aprender é que temos que explicar várias vezes, porque algumas pessoas não entendem, é que elas tem que botar aquilo da classe que ela representa, entendeu? Eu coloco as de transformismo, maquiagem que é a minha profissão lá, entendeu? Que eu acho legal, uma coisa que as pessoas deveriam ter mais atenção em relação a isso. Não adianta eu colocar de outra classe lá que não vai resolver. Agora no caso do*

que eu represento, eu acho que assim, tem algumas pessoas de outros estados que não estão defendendo a profissão que estão, mas que conhecem... E que pelas dificuldades que o outro tem e pelos acontecimentos, a pessoa vê onde tá melhor pra ela entendeu? Tirar uma idéia ao algo parecido. (MANDACARU)". Com a exposição *online* do conteúdo de seu trabalho, os entrevistados acreditam que trocando informações com os demais trabalhadores, fortalecerão sua classe de trabalho. De posse do conhecimento prévio que cada trabalhador possui sobre seu trabalho, ele se coloca à discussão com outros trabalhadores das mais diversas localidades do Brasil ao postar fatos de seu cotidiano, permitindo, dessa forma, o re-pensar de sua rotina na busca de melhorias que resultam em ganhos para sua saúde e sua vida. Segundo Vasconcelos (2007a), a Educação Popular em Saúde busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção popular no redirecionamento da vida social. **O que esperar do futuro:** Eles consideram que, no futuro, o PVP será uma importante ferramenta nas mãos do trabalhador para a exposição de sua realidade de trabalho: "No presente uma maneira de estarmos mostrando o trabalho e as dificuldades de cada um. No futuro uma ferramenta poderosa nas mãos do trabalhador. (UMBUZEIRO)". O entrevistado mostra-se otimista quanto ao uso desta tecnologia pelo trabalhador ao se referir como uma "ferramenta poderosa nas mãos". Acredita que a rapidez de veiculação de informações que o mundo digital proporciona, possa ser utilizado em favor do trabalhador. Portanto, ele acredita que na mesma velocidade em que notícias serão divulgadas no site, tão rápida será a solução para os problemas que envolvem esta rotina que gerou a postagem. **O que pode melhorar** Ao final das entrevistas fizemos um levantamento do andamento do projeto no Rio de Janeiro. Assim, quando perguntados se havia algo a ser melhorado as respostas foram enfáticas quanto a agregar o grupo: "Fraquinho o Rio de Janeiro. Fraquinho! Eu acho que falta agregar o grupo né? Agregar esse grupo para produzir mais. Ter um intercâmbio maior porque o grupo está muito disperso. Se o grupo não quiser participar mais, quem não quiser renuncia e a gente faz uma outra turma para poder tocar esse projeto. Esse projeto é muito importante. (JUAZEIRO)". Os entrevistados apontam a necessidade de reorganização do coletivo que compõe o PVP RJ. Individualmente apontam que é importante fortalecer o grupo e manter uma convivência entre os membros do PVP. Portanto, ao final deste estudo observamos como a tecnologia da informação, associada a rede mundial de computadores e guiados pela experiência da metodologia da educação popular em saúde, se mostrou uma ferramenta de auxílio para a participação de trabalhadores e trabalhadoras em um projeto de saúde do trabalhador. No entanto, observamos que lidar com a metodologia a qual o projeto foi calçado trouxe dificuldades para a maturação dele no Rio de Janeiro. Os trabalhadores sentiram a necessidade de uma Rede de Apoio gerenciando, organizando e traçando normas aos participantes do projeto. O que nada mais é que o reflexo do mundo do trabalho em que vivem, onde predomina a voz do opressor em detrimento do oprimido. Alguns trabalhadores inclusive citaram a possibilidade de passarem por agressões físicas ou correr risco de vida em caso de desobediência a uma ordem ou a realização de uma fotografia em local inapropriado. **REFERÊNCIAS:** FREIRE, P. Educação e mudança. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora

FGV, 2007. PEDROSA, J. I. Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. p. 13-17. STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; WONG UN, J. A. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Revista APS, Juiz de Fora, v.8, n. 1, p. 49-60, jan./jun. 2005. VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. p.18-29.

Grupos educativos em saúde – educação popular visando a promoção do autocuidado em um núcleo de saúde da família de Ribeirão Preto

Patricia Sanchez
Fernanda Bergamini
Fernanda Zanardo
Milena Junqueira Reis
Amaury Lelis Dal Fabbro

A equipe identificou a necessidade de abordar o autocuidado com sua população a fim de proporcionar conhecimento, autonomia e co-responsabilidade no tratamento e cuidados com a saúde. Formou-se uma equipe interdisciplinar para a organização de grupos que contava com: psicóloga, fisioterapeuta, farmacêutica, nutricionista, auxiliar de enfermagem e agente comunitário. Optou-se, então, pela realização de três grupos educativos seqüenciais, com encontros semanais e duração de uma hora e trinta minutos. Foram realizados quatro encontros iniciais com o tema Hipertensão na seqüência quatro encontros sobre Dor Crônica e por ultimo oito encontros, vista a necessidade da população, sobre Diabetes Mellitus. Cada grupo foi composto por participantes diferentes de acordo com a necessidade e interesse.

Período de Realização: De março de 2012 a junho de 2012. Objeto da Intervenção: A educação popular exprime um conteúdo que se origina na realidade, adquirindo diferenciadas modalidades de trabalho pedagógico. Voltada à comunidade para orientações sobre a saúde em geral a educação em saúde em grupo deve ser feita de forma interativa, integrando o profissional ao grupo, fazendo com que os participantes possam refletir e criticar a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles e trocar experiências, fundamentada em recomendações e construção de consensos, estimulando ações que fortaleçam a participação das pessoas na busca de vidas mais saudáveis. Objetivos: A equipe identificou a necessidade de abordar o autocuidado com sua população a fim de proporcionar conhecimento, autonomia e co-responsabilidade no tratamento e cuidados com a saúde. Método: Formou-se uma equipe interdisciplinar para a organização de grupos que contava com: psicóloga, fisioterapeuta, farmacêutica, nutricionista, auxiliar de enfermagem e agente comunitário. Optou-se, então, pela realização de três grupos educativos seqüenciais, com encontros semanais e duração de uma hora e trinta minutos. Foram realizados quatro encontros iniciais com o tema Hipertensão na seqüência quatro encontros sobre Dor Crônica e por ultimo oito encontros, vista a necessidade da população, sobre Diabetes Mellitus. Cada grupo foi composto por participantes diferentes de acordo com a necessidade e interesse. Resultados e Análise Crítica: Foi possível observar pontos importantes relacionados à interação entre os participantes, o apoio social prestado entre os mesmos, a resolução de problemas em conjunto, o desenvolvimento do senso critico referente às próprias condutas e a motivação no processo de mudança. Constatou-se, o aumento significativo

do nível de adesão e interesse dos participantes, a melhora da autoestima, o acesso a atividades oferecidas pela unidade ou demais recursos da comunidade e a conscientização do autocuidado pôde melhorar a qualidade de vida destes usuários. Conclusões: Torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais.

Uma vivência de promoção da saúde e cultura da paz

Pedro Andrade Sá Corrêa

Amanda Henrique Soares

Manoel Martins Viera

Daniel Noro de Lima

O bairro do Caramujo, situado na zona norte de Niterói (RJ), é apenas mais um dos inúmeros exemplos brasileiros de construção espacial urbana periférica. A área que antes havia apenas pequenos sítios de agricultores imigrantes e suas casas de “secos e molhados”, deu lugar uma extensa e desordenada ocupação, sobretudo das encostas e vales, que nunca fora acompanhada por obras de infraestrutura ou melhorias das condições urbanas. Sem opções de lazer e centros de agregação comunitária, com políticas públicas orientadas pela sazonalidade eleitoral e com o crescimento da violência como forma de perpetuação do poder do tráfico de drogas, a população encontrou no isolamento uma forma de resiliência. Com a perda dos vínculos comunitários, a atenção primária se tornou o único canal de escuta dos problemas e necessidades comuns a todos moradores. Nesse contexto de vulnerabilidade, surge a necessidade de intervenção preconizada no Relatório Mundial de Violência e Saúde (RMVS) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Documento que aponta este tema como um dos principais problemas internacionais de saúde pública. O RMVS se justifica no ambiente internacional de combate à violência e promoção da Cultura da Paz deflagrado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) no fim da década de 1990. Nesse sentido, busca-se a rejeição da violência e a prevenção dos conflitos, atacando as principais causas e propondo um novo caminho – o diálogo – para resolução das diferenças entre indivíduos, grupos e nações. A partir da carta de Ottawa (1986), se estabelece o campo da promoção da saúde como o espaço privilegiado de interlocução com a comunidade através de políticas intersetoriais. A Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) é instituída tendo como objetivo a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionado aos seus determinantes e condicionantes (trabalho, habitação, educação e cultura). O Pacto pela Saúde (2008) assume a atenção integral às pessoas vítimas de violência como prioritária. A seguir o Ministério da Saúde (2009) publica o documento “Por uma cultura de Paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência”, que preconiza intervenções baseadas “no respeito pleno a vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social”. Os profissionais da unidade básica do Caramujo envolvidos na proposta de educação permanente discutem com a comunidade do CIEP Antinéia Silveira Miranda temas ligados aos direitos humanos para incentivar a tolerância, solidariedade e autonomia. A apresentação dos 4 filmes desenvolvidos pela UNESCO – liberdade de expressão, direito ao lazer, direito ao registro civil e direito a educação - permite uma reflexão sobre a

realidade dos pais e uma discussão sobre suas experiências de vida. Essa vivência no campo da promoção da saúde incentiva um exercício de cidadania a partir de temas da Cultura da Paz.

O bairro do Caramujo, situado na zona norte de Niterói (RJ), é apenas mais um dos inúmeros exemplos brasileiros de construção espacial urbana periférica. A área que antes havia apenas pequenos sítios de agricultores imigrantes e suas casas de “secos e molhados”, deu lugar a uma extensa e desordenada ocupação, sobretudo das encostas e vales, que nunca fora acompanhada por obras de infraestrutura ou melhorias das condições urbanas. Sem opções de lazer e centros de agregação comunitária, com políticas públicas orientadas pela sazonalidade eleitoral e com o crescimento da violência como forma de perpetuação do poder do tráfico de drogas, a população encontrou no isolamento uma forma de resiliência. Com a perda dos vínculos comunitários, a atenção primária se tornou o único canal de escuta dos problemas e necessidades comuns a todos os moradores. Nesse contexto de vulnerabilidade, surge a necessidade de intervenção preconizada no Relatório Mundial de Violência e Saúde (RMVS) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Documento que aponta este tema como um dos principais problemas internacionais de saúde pública. O RMVS se justifica no ambiente internacional de combate à violência e promoção da Cultura da Paz deflagrado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) no fim da década de 1990. Nesse sentido, busca-se a rejeição da violência e a prevenção dos conflitos, atacando as principais causas e propondo um novo caminho – o diálogo – para resolução das diferenças entre indivíduos, grupos e nações. A partir da carta de Ottawa (1986), se estabelece o campo da promoção da saúde como o espaço privilegiado de interlocução com a comunidade através de políticas intersectoriais. A Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) é instituída tendo como objetivo a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionado aos seus determinantes e condicionantes (trabalho, habitação, educação e cultura). O Pacto pela Saúde (2008) assume a atenção integral às pessoas vítimas de violência como prioritária. A seguir o Ministério da Saúde (2009) publica o documento “Por uma cultura de Paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência”, que preconiza intervenções baseadas “no respeito pleno a vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social”. Os profissionais da unidade básica do Caramujo envolvidos na proposta de educação permanente discutem com a comunidade do CIEP Antinéia Silveira Miranda temas ligados aos direitos humanos para incentivar a tolerância, solidariedade e autonomia. A apresentação dos 4 filmes desenvolvidos pela UNESCO – liberdade de expressão, direito ao lazer, direito ao registro civil e direito a educação - permite uma reflexão sobre a realidade dos pais e uma discussão sobre suas experiências de vida. Essa vivência no campo da promoção da saúde incentiva um exercício de cidadania a partir de temas da Cultura da Paz.

Roda da saúde: uma experiência de educação popular

Priscila Cavalcante da Silva (R1 Serviço Social)

Mariana M. de Melo (R1 Nutrição)

Carina de S. Campelo Soares (bolsista de extensão/serviço Social)

Camila Ceschine Ferreira (R1 Fisioterapia)

Célio A. Santos (TP Medicina)

Diana Leão (TP Psicologia)

Maria Fátima Garcia de Menezes (Nutricionista)

Maria Helena de Jesus Bernardo (Assistente Social)

Jessyca Dias (bolsista de extensão/Nutrição)

Liv Katyuska (Nutricionista)

Rosa Maria Fernambel (R1 Enfermagem)

Sonia Maria Castro de Paula Cabral (Assistente Social)

Relato de experiência do “Roda da Saúde” em 2012. Este grupo é uma das atividades realizadas no Projeto de Ações Educativas em Promoção de Saúde no Envelhecimento promovido pela UERJ/UnATI/NAI em parceria com o Instituto de Nutrição da UERJ.

A compreensão da participação social e da saúde como questão inerente à democracia são estratégias para a consolidação do direito à saúde, afirmadas na Constituição Federal de 1988 e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), é posta a necessidade de privilegiar medidas preventivas e de promoção. As ações educativas em saúde têm sido um dos eixos de intervenção valorizados no NAI, como um programa de assistência, ensino e pesquisa do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), da Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) e um projeto de extensão da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Desde 2004, essas iniciativas integram o Projeto de Ações Educativas em Promoção de Saúde no Envelhecimento. O projeto de ações educativas do NAI/UnATI tem como referência conceitual o debate contemporâneo sobre promoção da saúde e envelhecimento ativo, alinhado à visão de educação em saúde na perspectiva da educação popular. O Roda da Saúde é um grupo aberto, realizado semanalmente em parceria com o Instituto de Nutrição da UERJ, com duração de duas horas, caracterizado como “chá da tarde”. Essa atividade foi idealizada a partir do desejo dos idosos participantes de grupos fechados, como o Grupo Encontros com a Saúde (GES) e o Curso de Nutrição e Terceira Idade, de permanecerem em atividades educativas. O nome deve-se à disposição das cadeiras, que formam uma grande roda. Participam deste grupo: idosos e uma equipe multiprofissional (residentes, estagiários, profissionais e professores). A participação no “Roda” pode

ser pontual ou permanente, segundo o interesse pelos temas abordados que são divulgados no espaço da UERJ. Mesmo sendo um grupo aberto, há idosos que mantêm uma regularidade na participação. O planejamento é definido pela equipe levando em consideração a opinião dos idosos participantes, assim como pelos temas emergentes durante as discussões. A avaliação da atividade é feita após o encontro em que também se planeja a temática e atividade da próxima semana. Os temas abordados no Roda da Saúde no período de março a junho de 2012 foram: **1º encontro – “Saúde”**: buscou-se debater uma concepção ampliada de saúde, indo além da questão da ausência de doença. Foi realizada uma atividade onde os participantes identificaram o que faz bem e o que faz mal para sua própria saúde; **2º encontro – “Quebrando regras”**: o objetivo consistiu em identificar quais os motivos que nos levam a quebrar algumas regras (prescrições) estabelecidas por profissionais de saúde e pela sociedade em geral; **3º encontro – “Dez passos para uma alimentação saudável”**: foi discutido o documento do Ministério da Saúde para uma alimentação saudável, destacando os passos considerados fáceis e difíceis de serem seguidos pelo grupo; **4º encontro – “O tempo”**: abordou-se o tempo nas diferentes fases da vida buscando identificar as formas diferenciadas de administrar o tempo em cada uma delas. Foram tratados o período da infância, fase adulta e terceira idade. Os participantes relembrou a infância e a juventude (fase adulta) e compararam com o hoje; **5º encontro – “O impacto da mídia sensacionalista na saúde”**: foi proposto que o grupo identificasse os impactos causados pelas notícias sensacionalistas na saúde, destacando as notícias que marcaram suas vidas; **6º encontro – “Agrotóxicos”**: trabalhamos com a reflexão sobre os benefícios e malefícios do uso de agrotóxicos, onde o grupo montou um ranking com os alimentos que contém mais agrotóxico; **7º encontro – “Salário mínimo: ontem e hoje”**: foi discutido o valor do salário mínimo antigamente e o valor atual, comparando o que era possível comprar ontem e hoje, e quais foram as mudanças; **8º encontro – “Qual é o seu talento?”**: o objetivo foi identificar diferentes formas de talento entre os participantes do grupo, despertando o prazer por fazer aquilo que gostam; **9º encontro – “Reciclagem”**: abordou-se a reciclagem como uma forma de diminuir os impactos causados ao meio ambiente, e ao final da discussão cada participante produziu um objeto a partir de materiais considerados desprezáveis; **10º encontro – “Rio +20”**: foi apresentada a proposta do evento Rio +20, por se tratar de um de um evento discutido mundialmente, e que surgiu a partir do encontro anterior no qual a reciclagem apareceu como uma maneira de tornar o mundo sustentável. Ao final desse encontro, os participantes foram convidados a produzirem mensagens que gostariam de deixar para o mundo, que foram anexadas em um mural. A metodologia utilizada nos encontros baseou-se na problematização das temáticas abordadas, nas quais os idosos foram estimulados a refletir, discutir e concluir os debates a partir da realidade do grupo, além de participar da produção de materiais ao final das atividades. Assim, a educação popular no projeto Roda da Saúde alcança uma dimensão desvinculada do enfoque da doença e da prescrição de condutas, uma vez que a considera como uma das estratégias básicas para a promoção da saúde. Todas as atividades realizadas buscaram o empoderamento dos participantes, com o objetivo de ativar o potencial criativo e o desenvolvimento de suas capacidades. Nesse sentido, a educação popu-

lar proposta pela equipe de saúde consistiu no conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo emancipatório, com metodologias que incorporassem o outro em todo o processo, privilegiando o diálogo como exercício de relações democráticas, solidárias e afetivas entre os sujeitos.

Nutrição e envelhecimento ativo: ensino, pesquisa e extensão em prática acadêmica

Rachel Marques dos Santos
Alessandra Bento Veggi
Taíssa Lima Torres
Juliana Tomaz Latini
Tathiana Carvalho
Aline Rocha Rodrigues
Maria Gabriela Pimenta
Thaís Souza Marcolino
Fabiane Mendes
Thaissa Silva Paz
Anderson Soares
Juliana Gaspar
Mariane Valpassos
Fabiano Pasquarelle
Ana Paula Laudano
Patricia Fernandes

Na educação universitária o processo de formação deve articular ensino, pesquisa e extensão, uma vez que estes representam princípios indissociáveis. Atividades de pesquisa devem estar articuladas ao ensino, uma vez que relacionam-se ao processo de busca e produção de conhecimentos, elementos necessários ao ensino crítico, reflexivo e criativo. A extensão é uma via de mão dupla viabilizando articulação entre teoria à prática, fluxo que estabelece a construção de novos conhecimentos que levem em consideração a troca de saberes acadêmico e popular. O curso de graduação em nutrição da UGF entende que a gestão da tríade ensino, pesquisa e extensão na formação do nutricionista é elemento fundamental na formação de um profissional de saúde comprometido com a realidade. Um dos projetos que assume essa perspectiva é desenvolvido na área de geriatria e gerontologia utilizando a UNATI da universidade como espaço acadêmico estratégico para prática extensionista e de pesquisa entre os alunos do curso de graduação em Nutrição. As atividades têm como objetivos: 1) Integrar o aluno de graduação com a prática profissional; 2) Promover atividades que articulem o conhecimento entre disciplinas como: técnica dietética, educação nutricional, avaliação nutricional, nutrição clínica, nutrição em saúde coletiva; tecnologia de alimentos; 3) Promoção da alimentação saudável e a qualidade de vida de indivíduos em processo de envelhecimento;

4) Prestação de serviços a comunidade. O Curso de nutrição desenvolve atividades de extensão e pesquisa na Universidade Aberta a Terceira Idade da Universidade Gama Filho. A extensão é desenvolvida através do Curso Nutrição e envelhecimento ativo, realizado uma vez por semana com o objetivo de promover a alimentação saudável visando estimular práticas alimentares saudáveis, reduzindo a prevalência de doenças e ampliando a qualidade de vida nesse grupo etário. Os temas são definidos a partir das necessidades e expectativas do grupo, sendo trabalhados durante 1 semestre através de dinâmicas lúdicas (jogos, músicas, leituras de imagens, oficinas culinárias). A abordagem empregada no curso procura desconstruir o paradigma atual que prioriza a relação entre nutrientes e doenças em detrimento de temas que envolvam a transformação do alimento em comida em todas as suas dimensões: culturais, sociais, ambientais, afetivas, entre outras. Ao contrário, os conteúdos são trabalhados de modo que esse espaço de discussão favoreça a socialização e troca de experiências dos participantes, estreitamento de vínculos nas relações humanas além de estimular habilidades culinárias e a criatividade. Vivências com alimentos são desenvolvidas com o grupo no laboratório de técnica dietética (Oficinas Culinárias) e no laboratório de análise sensorial (no qual produtos voltados a esse público são desenvolvidos e testados). Desde 2011, o curso foi oferecido a 155 indivíduos com idade média de 65 anos e treze alunos de nutrição já fizeram parte do projeto. Dentre os temas mais solicitados nesse período, destacam-se: Carboidrato: vilão ou mocinho?; Açúcares e adoçantes; Diet e Light; Cálcio e saúde óssea; Alimentos antioxidantes e funcionais; O papel das fibras na alimentação. Em relação à pesquisa, o curso de nutrição vem desenvolvendo quatro projetos de iniciação científica iniciados no ano de 2011 com essa população relacionados a temas como avaliação nutricional e de adesão a práticas alimentares saudáveis e seguras e trabalhos de conclusão de curso cujos temas relacionavam-se a análise sensorial de alimentos, uso de adoçantes, consumo de alimentos fonte de cálcio, ingestão de água e outros líquidos, imagem corporal e constipação intestinal e fibras. Os participantes são encaminhados a atendimento nutricional individualizado, são orientados e com base nos resultados ações coletivas são direcionadas a essa população. Considerando o atual cenário demográfico, epidemiológico e nutricional brasileiro, entendemos que as Universidades apresentam importante papel na superação de desafios relacionados à formação de um profissional comprometido com as necessidades políticas e sociais do país, bem como a produção de conhecimento que respondam a estas necessidades. As atividades desenvolvidas pelo projeto nutrição e envelhecimento ativo viabilizam a articulação entre as diferentes áreas da nutrição (clínica, social, alimentos) voltadas à promoção do envelhecimento ativo, oferecendo aos alunos de nutrição formação acadêmica e humanística, não apenas restrita aos saberes específicos da Nutrição, mas que possibilite intervir social e politicamente no mercado de trabalho e no contexto social.

Na educação universitária o processo de formação deve articular ensino, pesquisa e extensão, uma vez que estes representam princípios indissociáveis. Atividades de pesquisa devem estar articuladas ao ensino, uma vez que relacionam-se ao processo de busca e produção de conhecimentos, elementos necessários

ao ensino crítico, reflexivo e criativo. A extensão é uma via de mão dupla viabilizando articulação entre teoria à prática, fluxo que estabelece a construção de novos conhecimento que levem em consideração a troca de saberes acadêmico e popular. O curso de graduação em nutrição da UGF entende que a gestão da tríade ensino, pesquisa e extensão na formação do nutricionista é elemento fundamental na formação de um profissional de saúde comprometido com a realidade. Um dos projetos que assume essa perspectiva é desenvolvido na área de geriatria e gerontologia utilizando a UNATI da universidade como espaço acadêmico estratégico para prática extensionista e de pesquisa entre os alunos do curso de graduação em Nutrição. As atividades têm como objetivos: 1) Integrar o aluno de graduação com a prática profissional; 2) Promover atividades que articulem o conhecimento entre disciplinas como: técnica dietética, educação nutricional, avaliação nutricional, nutrição clínica, nutrição em saúde coletiva; tecnologia de alimentos; 3) Promoção da alimentação saudável e a qualidade de vida de indivíduos em processo de envelhecimento; 4) Prestação de serviços a comunidade. O Curso de nutrição desenvolve atividades de extensão e pesquisa na Universidade Aberta a Terceira Idade da Universidade Gama Filho. A extensão é desenvolvida através do Curso Nutrição e envelhecimento ativo, realizado uma vez por semana com o objetivo de promover a alimentação saudável visando estimular práticas alimentares saudáveis, reduzindo a prevalência de doenças e ampliando a qualidade de vida nesse grupo etário. Os temas são definidos a partir das necessidades e expectativas do grupo, sendo trabalhados durante 1 semestre através de dinâmicas lúdicas (jogos, músicas, leituras de imagens, oficinas culinárias). A abordagem empregada no curso procura desconstruir o paradigma atual que prioriza a relação entre nutrientes e doenças em detrimento de temas que envolvam a transformação do alimento em comida em todas as suas dimensões: culturais, sociais, ambientais, afetivas, entre outras. Ao contrário, os conteúdos são trabalhados de modo que esse espaço de discussão favoreça a socialização e troca de experiências dos participantes, estreitamento de vínculos nas relações humanas além de estimular habilidades culinárias e a criatividade. Vivências com alimentos são desenvolvidas com o grupo no laboratório de técnica dietética (Oficinas Culinárias) e no laboratório de análise sensorial (no qual produtos voltados a esse público são desenvolvidos e testados). Desde 2011, o curso foi oferecido a 155 indivíduos com idade média de 65 anos e treze alunos de nutrição já fizeram parte do projeto. Dentre os temas mais solicitados nesse período, destacam-se: Carboidrato: vilão ou mocinho?; Açúcares e adoçantes; Diet e Light; Cálcio e saúde óssea; Alimentos antioxidantes e funcionais; O papel das fibras na alimentação. Em relação à pesquisa, o curso de nutrição vem desenvolvendo quatro projetos de iniciação científica iniciados no ano de 2011 com essa população relacionados a temas como avaliação nutricional e de adesão a práticas alimentares saudáveis e seguras e trabalhos de conclusão de curso cujos temas relacionavam-se a análise sensorial de alimentos, uso de adoçantes, consumo de alimentos fonte de cálcio, ingestão de água e outros líquidos, imagem corporal e constipação intestinal e fibras. Os participantes são encaminhados a atendimento nutricional individualizado, são orientados e com base nos resultados ações coletivas são direcionadas a essa população. Considerando o atual cenário demográfico, epidemiológico e nutricional brasileiro, entendemos que as Universidades apresentam importante papel

na superação de desafios relacionados à formação de um profissional comprometido com as necessidades políticas e sociais do país, bem como a produção de conhecimento que respondam a estas necessidades. As atividades desenvolvidas pelo projeto nutrição e envelhecimento ativo viabilizam a articulação entre as diferentes áreas da nutrição (clínica, social, alimentos) voltadas à promoção do envelhecimento ativo, oferecendo aos alunos de nutrição formação acadêmica e humanística, não apenas restrita aos saberes específicos da Nutrição, mas que possibilite intervir social e politicamente no mercado de trabalho e no contexto social.

Temperando sabores e saberes no envelhecimento: alimentação, saúde e prazer discutidos em vivência culinária

Rachel Marques dos Santos

Aline Rocha Rodrigues

Anderson Soares

Mariane Valpassos

Fabiano Pasquarelle

Juliana Gaspar

Thatiana Carvalho

Thaissa Paz Penna

Maria Gabriela Pimenta

Fabiane Mendes

Thaís Marcolino

Patrícia Fernandes

Alessandra Bento Veggi

Taissa Lima Torres

Introdução: Evidências científicas apresentadas no Relatório Mundial da Saúde de 2003 indicam que o consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras (FLV) encontram-se entre os 10 principais fatores de risco que contribuem para a mortalidade no mundo aumenta o risco de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares e alguns tipos de câncer (WHO, 1990). Segundo os resultados de uma revisão da literatura divulgados pela International Agency for Research on Cancer (IARC), o consumo de FLV reduz o risco de neoplasias malignas, particularmente as gastrointestinais e estima que a fração prevenível da doença atribuída a baixa ingestão de frutas, legumes e verduras está entre 5 a 12% podendo chegar a 20 a 30% para cânceres das porções superiores do trato gastrointestinal em todo mundo. (Vainio e Bianchini, 2003). No Brasil, o consumo de frutas e hortaliças representa menos da metade das recomendações nutricionais, sendo esse cenário ainda pior entre as famílias de menor poder aquisitivo. Entre os limitantes para o baixo consumo de frutas e hortaliças destacam-se o alto custo, sistemas ineficientes de produção, distribuição e comercialização, e desconhecimento da população sobre a importância daqueles alimentos para a saúde, sobretudo com relação a hortaliças (Jaime et al, 2007). A promoção da alimentação saudável é diretriz fundamental da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 1999) e ação estratégica da Política Nacional de Promoção à Saúde. A essas iniciativas do governo brasileiro soma-se a da Organização Mundial de Saúde, que preocupada com os agravos decorrentes de

uma alimentação e estilo de vida inadequado em especial, com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT relacionados com o crescimento da obesidade no mundo, lança como proposta, a “Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde” (WHO, 2004), na qual um dos eixos tem como foco o incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes, devendo associar-se à práticas de saúde e atividades físicas saudáveis. Historicamente, o ato de cozinhar esteve associado a uma atividade tipicamente feminina. Alterações na dinâmica familiar em consequência da maior inserção da mulher no mercado de trabalho deslocaram a alimentação do âmbito doméstico, favorecendo o surgimento e expansão no setor de alimentos com o aumento atual da oferta de alimentos prontos ou semiprontos para consumo afastando a população de práticas alimentares mais saudáveis. Abordagens educativas em nutrição, comumente, priorizam a relação entre nutrientes e doenças em detrimento de temas que envolvam a transformação do alimento em comida em todas as suas dimensões: culturais, sociais, ambientais, afetivas, entre outras. Esse cenário reafirma a importância de estratégias educativas como as oficinas culinárias. Ao trabalhar o alimento são transmitidos valores, lembradas raízes e reforçadas as relações afetivas. Tais espaços favorecem a socialização permitindo a troca de experiências dos participantes, estreitamento de vínculos e relações humanas além de estimular habilidades culinárias e a criatividade para o preparo de uma alimentação mais saudável. Objetivo: O presente trabalho pretende estimular para escolhas alimentares saudáveis através de atividades de educação nutricional direcionadas a indivíduos com mais de 50 anos. Metodologia: As atividades foram desenvolvidas nos dois semestres de 2011 e no primeiro semestre de 2012, como práticas acadêmicas de extensão do Curso de Graduação em Nutrição junto aos participantes da Universidade Aberta da Terceira Idade de uma Universidade Particular no Rio de Janeiro. Como estratégias educativas foram desenvolvidas oficinas culinárias com uma média de 20 participantes, em sua maioria mulheres, com escolaridade superior ao segundo grau completo e com idade média de 65 anos. Foram desenvolvidas 6 tipos de oficinas culinárias, sendo 4 oficinas de legumes, leguminosas e verduras (Aproveitamento integral de alimentos, Sucos, Saladas e Molhos; corte de vegetais, sopas e caldos) e 1 oficina de ricota. Em todas as oficinas optou-se por preparações que incluíram a perspectiva do aproveitamento integral do alimento, entendendo que esse conceito integra a atual discussão em foco no país sobre segurança nutricional, produção limpa, controle do desperdício e sustentabilidade. O projeto adotou a metodologia proposta pelo Instituto Annes Dias para a realização da atividade: Apresentação da proposta ao grupo; Dinâmica de sensibilização; Elaboração das preparações; Degustação; Discussão; Avaliação. Resultados: A oficina culinária como estratégia educativa de promoção da alimentação saudável representa um modelo de grande impacto para indivíduos com mais de 50 anos, pois propicia o resgate da prática da culinária, reforçando a ideia de que a alimentação saudável também se relaciona à criatividade e ao prazer. A maioria referia desconhecimento nas formas de preparação, tornando a alimentação cotidiana rotineira e pouco atrativa. Com base nessas mesmas razões, muitos optavam por realizar algumas refeições fora do domicílio. Apesar do relato de um distanciamento relativo da prática culinária, a maioria solicitava que as oficinas fossem realizadas e mostravam-

se participativos e integrados as propostas apresentadas. Uma possível explicação dessa contradição está na construção dos vínculos e relações afetivas, bem como na troca de experiências contruídas a partir das experiências vivenciais com o alimento. Em todas as oficinas um detalhe marcante foi o uso do sal e do açúcar. A maioria mostrou alteração sensorial importante, optando pelas preparações mais salgadas e doces e com dificuldade para aceitar preparações normosódicas. Em relação ao uso dos vegetais a maioria mostrou resistência ao uso do chuchu nas preparações, mesmo utilizando técnicas de corte e uso de temperos. O principal argumento era a falta de sabor desse vegetal. A mesma resistência foi encontrada na oficina da ricota, uma importante opção de laticício com baixo teor de gordura. No entanto, apesar de ser considerada coadjuvante, a aceitação a esse alimento aumentou bastante por ter sido compreendida como um alimento versátil podendo ser empregada em preparações de baixo valor calórico, sejam elas doces e salgadas. Conclusão: Considerando toda a discussão apresentada nas vivências culinárias um elemento comum trata da aliança indissolúvel entre a saúde e prazer. O conhecimento da técnica dietética aliada a educação nutricional constituem ferramentas essenciais em atividades dessa natureza, pois além de se trabalhar conceitos estimula o protagonismo e a autonomia do grupo.

Introdução: Evidências científicas apresentadas no Relatório Mundial da Saúde de 2003 indicam que o consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras (FLV) encontra-se entre os 10 principais fatores de risco que contribuem para a mortalidade no mundo aumenta o risco de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares e alguns tipos de câncer (WHO, 1990). Segundo os resultados de uma revisão da literatura divulgados pela International Agency for Research on Cancer (IARC), o consumo de FLV reduzem o risco de neoplasias malignas, particularmente as gastrointestinais e estima que a fração prevenível da doença atribuída a baixa ingestão de frutas, legumes e verduras está entre 5 a 12% podendo chegar a 20 a 30% para cânceres das porções superiores do trato gastrointestinal em todo mundo. (Vainio e Bianchini, 2003). No Brasil, o consumo de frutas e hortaliças representa menos da metade das recomendações nutricionais, sendo esse cenário ainda pior entre as famílias de menor poder aquisitivo. Entre os limitantes para o baixo consumo de frutas e hortaliças destacam-se o alto custo, sistemas ineficientes de produção, distribuição e comercialização, e desconhecimento da população sobre a importância daqueles alimentos para a saúde, sobretudo com relação a hortaliças (Jaime et al, 2007). A promoção da alimentação saudável é diretriz fundamental da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 1999) e ação estratégica da Política Nacional de Promoção à Saúde. A essas iniciativas do governo brasileiro soma-se a da Organização Mundial de Saúde, que preocupada com os agravos decorrentes de uma alimentação e estilo de vida inadequados em especial, com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT relacionados com o crescimento da obesidade no mundo, lança como proposta, a “Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde” (WHO, 2004), na qual um dos eixos tem como foco o incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes, devendo associar-se à práticas de saúde e atividades físicas saudáveis. Historicamente, o ato de cozinhar esteve associado a uma

atividade tipicamente feminina. Alterações na dinâmica familiar em consequência da maior inserção da mulher no mercado de trabalho deslocaram a alimentação do âmbito doméstico, favorecendo o surgimento e expansão no setor de alimentos com o aumento atual da oferta de alimentos prontos ou semi-prontos para consumo afastando a população de práticas alimentares mais saudáveis. Abordagens educativas em nutrição, comumente, priorizam a relação entre nutrientes e doenças em detrimento de temas que envolvam a transformação do alimento em comida em todas as suas dimensões: culturais, sociais, ambientais, afetivas, entre outras. Esse cenário reafirma a importância de estratégias educativas como as oficinas culinárias. Ao trabalhar o alimento são transmitidos valores, lembradas raízes e reforçadas as relações afetivas. Tais espaços favorecem a socialização permitindo a troca de experiências dos participantes, estreitamento de vínculos e relações humanas além de estimular habilidades culinárias e a criatividade para o preparo de uma alimentação mais saudável. **Objetivo:** O presente trabalho pretende estimular para escolhas alimentares saudáveis através de atividades de educação nutricional direcionadas a indivíduos com mais de 50 anos. **Metodologia:** As atividades foram desenvolvidas nos dois semestres de 2011 e no primeiro semestre de 2012, como práticas acadêmicas de extensão do Curso de Graduação em Nutrição junto aos participantes da Universidade Aberta da Terceira Idade de uma Universidade Particular no Rio de Janeiro. Como estratégia educativa foram desenvolvidas oficinas culinárias com uma média de 20 participantes, em sua maioria mulheres, com escolaridade superior ao segundo grau completo e com idade média de 65 anos. Foram desenvolvidas 6 tipos de oficinas culinárias, sendo 4 oficinas de legumes, leguminosas e verduras (Aproveitamento integral de alimentos, Sucos, Saladas e Molhos; corte de vegetais, sopas e caldos) e 1 oficina de ricota. Em todas as oficinas optou-se por preparações que incluíram a perspectiva do aproveitamento integral do alimento, entendendo que esse conceito integra a atual discussão em foco no país sobre segurança nutricional, produção limpa, controle do desperdício e sustentabilidade. O projeto adotou a metodologia proposta pelo Instituto Annes Dias para a realização da atividade: Apresentação da proposta ao grupo; Dinâmica de sensibilização; Elaboração das preparações; Degustação; Discussão; Avaliação. **Resultados:** A oficina culinária como estratégia educativa de promoção da alimentação saudável representa um modelo de grande impacto para indivíduos com mais de 50 anos, pois propicia o resgate da prática da culinária, reforçando a ideia de que a alimentação saudável também se relaciona à criatividade e ao prazer. A maioria referia desconhecimento nas formas de preparação, tornando a alimentação cotidiana rotineira e pouco atrativa. Com base nessas mesmas razões, muitos optavam por realizar algumas refeições fora do domicílio. Apesar do relato de um distanciamento relativo da prática culinária, a maioria solicitava que as oficinas fossem realizadas e mostravam-se participativos e integrados as propostas apresentadas. Uma possível explicação dessa contradição está na construção dos vínculos e relações afetivas, bem como na troca de experiências contruídas a partir das experiências vivenciais com o alimento. Em todas as oficinas um detalhe marcante foi o uso do sal e do açúcar. A maioria mostrou alteração sensorial importante, optando pelas preparações mais salgadas e doces e com dificuldade para aceitar preparações normosódicas. Em relação ao uso dos vegetais a maio-

ria mostrou resistência ao uso do chuchu nas preparações, mesmo utilizando técnicas de corte e uso de temperos. O principal argumento era a falta de sabor desse vegetal. A mesma resistência foi encontrada na oficina da ricota, uma importante opção de laticício com baixo teor de gordura. No entanto, apesar de ser considerada coadjuvante, a aceitação a esse alimento aumentou bastante por ter sido compreendida como um alimento versátil podendo ser empregada em preparações de baixo valor calórico, sejam elas doces e salgadas. **Conclusão:** Considerando toda a discussão apresentada nas vivências culinárias um elemento comum trata da aliança indissolúvel entre a saúde e prazer. O conhecimento da técnica dietética aliada a educação nutricional constituem ferramentas essenciais em atividades dessa natureza, pois além de se trabalhar conceitos estimula o protagonismo e a autonomia do grupo.

Histórias e filmes infanto-juvenis promovendo saúde no ambiente escolar

Rafael da Silva Soares
Márcia Isabel Gentil Diniz
Jorge Luiz Lima da Silva
Karina Feital da Costa

Objetivo: Através da utilização de histórias e vídeos infanto-juvenis pelo enfermeiro, como recursos didáticos alternativos destinados à educação em saúde de crianças e jovens, visa-se a promoção e construção de conceitos e concepções de saúde para esta clientela; tornando os atos de historiar/debater recursos de sensibilização para questões voltadas a saúde. Com isso, acredita-se que a interiorização das orientações se tornará mais fácil e natural. **Metodologia:** Desenvolvimento de ações de educação em saúde através de histórias, filmes e atividades lúdicas e educativas. As atividades foram desenvolvidas com 50 crianças do 3º e 4º anos do ensino fundamental do Colégio Universitário Geraldo Reis, durante o ano letivo de 2011. **Resultados:** Constatamos em nossa vivência profissional que estes recursos são válidos e inovadores. As crianças prontamente demonstraram a assimilação dos conceitos mais ampliados de saúde, relacionando-a a alimentação, atividades de exercício físico, leitura, sono adequado, higiene básica e bons relacionamentos interpessoais. Desse modo, percebe-se que seus conceitos de saúde não estão mais atrelados ao modelo biomédico de ausência de doenças. **Discussão:** Compartilhar conhecimento técnico-científico, desmonopolizando o saber, coloca o profissional da saúde à serviço da sociedade. Espera-se que essas crianças atuem como veículo disseminador desses conceitos ampliados de saúde para seus pais, amigos e vizinhos, de modo que eles incorporem esse conhecimento à sua vida diária e venham a obter melhor qualidade de vida. **Conclusão:** Percebe-se que o enfermeiro pode atuar na escola como mais um campo de atenção primária, visto que o trabalho educativo é importante componente da atenção à saúde. Se bem realizado, pode traduzir-se em resultados para a promoção de vida saudável, não só das crianças, mas de toda a comunidade.

Objetivo: Através da utilização de histórias e vídeos infanto-juvenis pelo enfermeiro, como recursos didáticos alternativos destinados à educação em saúde de crianças e jovens, visa-se a promoção e construção de conceitos e concepções de saúde para esta clientela; tornando os atos de historiar/debater recursos de sensibilização para questões voltadas a saúde. Com isso, acredita-se que a interiorização das orientações se tornará mais fácil e natural. **Metodologia:** Desenvolvimento de ações de educação em saúde através de histórias, filmes e atividades lúdicas e educativas. As atividades foram desenvolvidas com 50 crianças do 3º e 4º anos do ensino fundamental do Colégio Universitário Geraldo Reis, durante o ano

letivo de 2011. **Resultados:** Constatamos em nossa vivência profissional que estes recursos são válidos e inovadores. As crianças prontamente demonstraram a assimilação dos conceitos mais ampliados de saúde, relacionando-a a alimentação, atividades de exercício físico, leitura, sono adequado, higiene básica e bons relacionamentos interpessoais. Desse modo, percebe-se que seus conceitos de saúde não estão mais atrelados ao modelo biomédico de ausência de doenças. **Discussão:** Compartilhar conhecimento técnico-científico, desmonopolizando o saber, coloca o profissional da saúde à serviço da sociedade. Espera-se que essas crianças atuem como veículo disseminador desses conceitos ampliados de saúde para seus pais, amigos e vizinhos, de modo que eles incorporem esse conhecimento à sua vida diária e venham a obter melhor qualidade de vida. **Conclusão:** Percebe-se que o enfermeiro pode atuar na escola como mais um campo de atenção primária, visto que o trabalho educativo é importante componente da atenção à saúde. Se bem realizado, pode traduzir-se em resultados para a promoção de vida saudável, não só das crianças, mas de toda a comunidade.

Educação em saúde e juventude: a percepção do bullying por adolescentes de uma escola municipal de Niterói

Rai Moreira Rocha

Agnne Katy Soares Ramalho

Bruna Cristina Teixeira de Souza

Bruna da Silva Machado

Jessyca Silva Monteiro

Luana Bello dos Santos Estrella

Cristina Portela da Mota

Introdução: Ser jovem nos dias de hoje não é uma tarefa fácil: a pobreza, o desemprego, a falta de perspectivas de um futuro melhor são alguns desafios enfrentados pelo adolescente e jovem do século XXI. Não é possível refletir sobre o adolescente e o jovem isolando-os da sociedade em que está inserido. As relações sociais existentes na sociedade imprimem suas marcas culturais as quais definirão como o perfil do adolescente/jovem irá se configurar resultando daí a base para a vida adulta. O conceito de juventude é construído socialmente, não se podendo falar do jovem como se ele fosse uma unidade social, um grupo constituído com interesses comuns¹. Baseando-se nisso, o presente relato de experiência tem como objetivo: Descrever as ações de educação em saúde desenvolvidas no âmbito escolar, enfatizando a promoção a saúde desses adolescentes e jovens através da construção de auto-cuidado e cuidado com o outro, fornecendo subsídios para a criação de ações educativas que transformem a escola em um ambiente de combate à violência, do respeito às diferenças e da promoção da vida. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa através da combinação de rodas de conversas e oficinas de sensibilização que conjugou os conhecimentos do campo das artes, educação e da saúde como um dos veículos de sensibilização para a promoção da saúde de adolescentes e jovens do ensino fundamental. Resultados: O trabalho culminou na reflexão que o bullying é um fenômeno complexo e multifacetado que faz parte das relações da sociedade contemporânea e que dentre as inúmeras conseqüências advindas para a vida dos adolescentes e jovens estão: o isolamento, a baixa auto-estima, a agressividade contra terceiros, chegando, em alguns casos, a ocorrer auto-mutilação e tentativa de suicídio. Conclusão: Nessa perspectiva, é importante que o enfermeiro promova ações educativas, junto ao adolescente, demonstrando que o bullying é um ato praticado inconscientemente e que o praticante, não tem conhecimento de como está prejudicando a saúde mental daquele jovem que está sofrendo. O Lúdico é uma boa forma pedagógica para o adolescente se conscientizar como este ato pode influenciar no cotidiano escolar, através de peças teatrais, rodas de discussão e oficinas de montagem de paródias.

Introdução: Ser jovem nos dias de hoje não é uma tarefa fácil: a pobreza, o desemprego, a falta de perspectivas de um futuro melhor são alguns desafios enfrentados pelo adolescente e jovem do século XXI. Não é possível refletir sobre o adolescente e o jovem isolando-os da sociedade em que está inserido. As relações sociais existentes na sociedade imprimem suas marcas culturais as quais definirão como o perfil do adolescente/jovem irá se configurar resultando daí a base para a vida adulta. O conceito de juventude é construído socialmente, não se podendo falar do jovem como se ele fosse uma unidade social, um grupo constituído com interesses comuns¹. Castro e Abramovay², salientam que o conceito de juventude é, em princípio provisório. Mas o que proporcionará uma maior compreensão da multiplicidade do real é o aprofundamento da análise e a compreensão sobre significados, construções simbólicas, relações sociais estabelecidas pelos adolescentes e jovens, identidades elaboradas com base em gênero, estrato socioeconômico, raça e etnicidade, entre outras referências. O reconhecimento de que existem juventudes possibilita uma discussão sobre as representações sociais a respeito dos adolescentes e jovens, na contemporaneidade. É preciso admitir que há diferentes formas de considerar os adolescentes e jovens, como há diferentes maneiras de eles se afirmarem como sujeitos, levando em conta, inclusive, diferentes organizações sociais de referência, a exemplo da escola, a família, o Estado e a mídia. A relação dos adolescentes e jovens com a sociedade pós-moderna se dá de modo um tanto conflituoso uma vez que prevalecem os estereótipos destes como incapazes, rebeldes e, muitas vezes, irresponsáveis. Eles parecem como seres problemáticos que transitam entre a infância e a vida adulta e mais de vinte por cento da população jovem não estuda nem trabalha. Isso significa que estão nas ruas e bares, envolvendo-se com álcool, droga e transgressão de normas. Portanto, se faz necessário conhecer os adolescentes e jovens segundo suas próprias apresentações e saber como representam a sociedade para que sejam reconhecidas identidades com perfis socioculturais próprios, o que, por sua vez, terá implicações para as políticas públicas voltadas para juventudes. Baseando-se nisso, o presente relato de experiência tem como objetivo: Descrever as ações de educação em saúde desenvolvidas na Escola Municipal Alberto Francisco Torres, enfatizando a promoção a saúde desses adolescentes e jovens através da construção de auto-cuidado e cuidado com o outro, fornecendo subsídios para a criação de ações educativas que transformem a escola em um ambiente de combate à violência, do respeito às diferenças e da promoção da vida. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa através da combinação de rodas de conversas e oficinas de sensibilização que conjugou os conhecimentos do campo das artes, educação e da saúde como um dos veículos de sensibilização para a promoção da saúde de adolescentes e jovens do ensino fundamental e propôs articular técnicas e estratégias com uma postura pedagógica crítico-transformadora, que viabilizou as condições para a construção de novas posturas diante da vida. Realizamos três (03) rodas de conversas com a participação de 15 alunos e duas (02) oficinas com 20 alunos de ambos os sexos. **Resultados:** O trabalho culminou na reflexão que o bullying é um fenômeno complexo e multifacetado que faz parte das relações da sociedade contemporânea e que dentre as inúmeras conseqüências advindas para a vida dos adolescentes e jovens estão: o isolamento, a baixa auto-estima,

a agressividade contra terceiros, chegando, em alguns casos, a ocorrer auto-mutilação e tentativa de suicídio. No entanto, ao conjugarmos a arte, a educação e a saúde, pudemos propiciar a constituição de um único caminho e auxiliarmos a estes adolescentes e jovens na construção de mundo melhor, a partir da ativação de núcleos sadios e levando a forma mais harmoniosa de se comunicar, relacionar e estar no mundo. Como resultado efetivo, os adolescentes da rede municipal criaram uma Paródia em cima de uma música de conhecimento deles, resultando em: “Violência, Você não é gigante e não pode chamar de feio e arrogante. Nos envolve, nos machuca, isso não é legal não. Vem com a nossa escola aprender educação. Se quiser falar de amor, fale com o Juninho. Vou te explicar bem devagarinho. Preste atenção com seus pais eu vou falar. Se isso não der jeito dá conselho tutelar. Minha turma louca, vai mandando a real Aqui na escola sofro bullying e fico mal. Vamos parar com isso e tomar juízo. Vamos nos juntar para acabar com isso.” Conclusão: O preconceito e a discriminação são amplamente disseminados dentro da comunidade estudantil, que ao invés de discutir sobre a diversidade opta pela exclusão. A falta de debate e esclarecimento dentro das escolas perpetua a prática discriminatória entre adolescentes e jovens, levando a agravos à saúde e risco de vida. Nessa perspectiva, é importante que o enfermeiro promova ações educativas, junto ao adolescente, demonstrando que o bullying é um ato praticado inconscientemente e que o praticante, não tem conhecimento de como está prejudicando a saúde mental daquele jovem que está sofrendo. O Lúdico é uma boa forma pedagógica para o adolescente se conscientizar como este ato pode influenciar no cotidiano escolar, através de peças teatrais, rodas de discussão e oficinas de montagem de paródias. **Referências:** 1. BOURDIEU, Pierre. Questions de Sociologie. Paris: 1984. 2. Castro, MG e ABRAMOVAY, M. Juventudes no Brasil – Vulnerabilidades negativas e positivas, desafiando enfoques de políticas públicas. Família, sociedade e subjetividades– Uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. 3. Sabóia VM. Educação em saúde: a arte de talhar pedras. Niterói (RJ): Intertexto; 2003. 4. Torres GV, Davim RMB, Nóbrega MML. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. Rev Latino-am Enfermagem 1999 abril; (7)2: 47-53.

Projeto arte do cotidiano: a criança retomando a alegria do seu corpo através de oficinas de dança, harmonização e criação

Regina Célia Carvalho Lima Neves

As Oficinas de Dança, Harmonização e Criação do projeto Arte do Cotidiano pretendem ser um espaço de expressão e experimentação através da dança e do trabalho com o movimento corporal, permitindo às crianças descobrir novas possibilidades de relação consigo e com o mundo à sua volta. Esta proposta se baseia na forma de trabalho do Sistema Río Abierto para o Desenvolvimento Harmônico do ser humano. Este sistema foi criado em 1966, na Argentina, por Lic. Maria Adela Palcos. É um sistema de princípios e técnicas psicocorporais que têm como finalidade contribuir para o desenvolvimento integral do ser humano. Existe há 40 anos e hoje funciona em mais de 11 países no mundo. www.rioabierto.org.ar www.espaciodesarrollo.org.uy. Parte definitivamente do corpo, do trabalho com o movimento e suas variadas possibilidades de expressão. A ênfase é dada ao desenvolvimento da consciência corporal. Entendemos que no corpo estão guardadas sensações, emoções e sentimentos que atuam como se fossem as “pegadas do caminhar” de cada um: muitas vezes são boas mas, às vezes, nos remetem a sentimentos que preferimos esquecer ou bloquear. Por passarem muito tempo sem serem tocadas, vão interferindo em nossa postura, na forma de andar, de respirar. É quando o desconforto aparece: dores de coluna, cabeça, lombar, cansaço. Sem percebermos, o desconforto interfere em nossa maneira de atuar e sentimos desânimo, impaciência, irritação, angústia, agitação, ansiedade e estresse. Ao trabalhar com a criança nessa forma de pensar o ser, explorando as diversas formas de se relacionar com o corpo como um todo permitiu que elas tomassem contato com suas infinitas possibilidades de expressão e sejam estimuladas a escolher as melhores para si mesmo. Dançando, elas exercitam e dão forma à sua expressão. Assim, acreditamos que as chamadas “pegadas do caminhar” se tornam menos conflitantes: no corpo e na alma vão estar impressas menos dores e mais prazer. Esta proposta aplicada às atividades de promoção da saúde com os profissionais de saúde (fisioterapeutas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, atendentes, acompanhantes) ou a projetos educacionais através de educadores populares, coordenadores, professores, auxiliares e outros, em fim pessoas que trabalhem em grupos, enriquece o relacionamento, facilita a cooperação, amplia a confiança. Permite, através do jogo, da brincadeira, do respeito as diferenças, o intercâmbio das formas especiais que cada pessoa escolhe para se expressar. As relações se tornam mais fluidas e claras. É estimulada a criatividade e o desempenho de cada um ganha nova cor, novo sabor. Naturalmente as pessoas adquirem mais confiança em si mesmas, tomam contato com sua força, sua fragilidade, sua luz e são incentivadas a ter novo olhar sobre o meio em que está atuando. Acreditamos que todo esse processo vem reforçar as propostas do V ENEPS se encaixando no eixo da Ação Coletiva.

Objetivo: Proporcionar às crianças entre 4 e 10 anos que frequentam os grupos de promoção de saúde nas unidades de saúde ou grupos na sua comunidade, a possibilidade de contato com uma forma diferente de viver o cotidiano, descobrindo a saúde do corpo. As crianças, em algumas situações cotidianas, estão em contato diário com a violência e é sempre muito difícil encontrarem um lugar onde expressar o que sentem, e sabemos que esta realidade influencia suas vidas e sua forma de ser. Além disso, na faixa etária em que estão, as crianças passam por inúmeras mudanças, físicas e emocionais, que geram expectativas, medos, dúvidas. As Oficinas de Dança, Harmonização e Criação do projeto Arte do Cotidiano pretendem ser um espaço de expressão e experimentação através da dança e do trabalho com o movimento corporal, permitindo às crianças descobrir novas possibilidades de relação consigo e com o mundo à sua volta. Justificativa: A proposta de Arte do Cotidiano – Oficinas de Dança, Harmonização e Criação vem oferecer uma outra opção de relação com o cotidiano; focalizando a atenção e a descoberta da saúde do corpo através do movimento corporal criativo, da expressão das emoções, pensamentos e sentimentos – sem medo nem críticas. As proposta se baseia na forma de trabalho do *Sistema Río Abierto para o Desenvolvimento Harmonico do ser humano*. Este sistema foi criado em 1966, na Argentina, por Lic. Maria Adela Palcos. É um sistema de princípios e técnicas psicocorporais que têm como finalidade contribuir para o desenvolvimento integral do ser humano. Existe há 40 anos e hoje funciona em mais de 11 países no mundo. www.rioabierto.org.ar. Este sistema parte definitivamente do corpo, do trabalho com o movimento e suas variadas possibilidades de expressão. A ênfase é dada ao desenvolvimento da consciência corporal. Entendemos que no corpo estão guardadas sensações, emoções e sentimentos que atuam como se fossem as “pegadas do caminhar” de cada um: muitas vezes são boas mas, às vezes, nos remetem a sentimentos que preferimos esquecer ou bloquear. Por passarem muito tempo sem serem tocadas, vão interferindo em nossa postura, na forma de andar, de respirar. É quando o desconforto aparece: dores de coluna, cabeça, lombares, cansaço. Sem percebermos, o desconforto interfere em nossa maneira de atuar e sentimos desânimo, impaciência, irritação, angústia, agitação, ansiedade e estresse. Quando trabalhamos o corpo desde as “pegadas do caminhar”, vamos aprendendo a abrir e abraçar todas essas partes. Assim, podemos canalizá-las para um novo caminho, uma nova forma de expressão e postura diante da vida. Dessa maneira, o desenvolvimento vai se dando harmoniosamente. Na sociedade em que vivemos, as crianças já começam a apresentar problemas tais como hiperatividade, agressividade, obesidade, entre outros, que, como sabemos, têm origem nos hábitos cotidianos, na forma como essas crianças se relacionam com o meio ambiente em que vivem. Ao trabalhar com a criança desde essa forma de pensar o ser, explorando as diversas formas de se relacionar com o corpo como um todo, permitimos que elas tomem contato com suas infinitas possibilidades de expressão e sejam estimuladas a escolher as melhores para si mesmo. Dançando, elas exercitam e dão forma à suas expressão. Assim, acreditamos que as chamadas “pegadas do caminhar” se tornam menos conflitantes: no corpo e na alma vão estar impressas menos dores e mais prazer. Trabalhando os pensamentos e emoções, a criança ou adolescente cresce confiante e forte, sem medos ou desconfianças de si mesmo. Ao preencher espaços não explorados pela criança na

sua expressão cotidiana, o trabalho estimula a criatividade na resolução de conflitos, apoiando e incentivando os relacionamentos. Algumas crianças vivem, em algumas situações, um cotidiano marcado por violência e abandono, com uma realidade econômica que não permite aos seus responsáveis buscar atendimento e orientação complementar. A proposta aqui apresentada vem potencializar e ampliar as opções de desenvolvimento harmônico dessas crianças, possibilitando que elas demonstrem, com grupos de sua convivência, uma nova forma de se relacionar e demonstrar seu potencial criativo que, se atendido, pode canalizar e abrir caminhos para uma ação mais amorosa com o meio ambiente em que vivem. **Recursos utilizados para o planejamento e execução do trabalho. Harmonização:** A oficina de Harmonização é uma oportunidade de melhorar as relações das pessoas consigo mesmas e na relação social e ajudar a encontrar o lugar de cada uma na trama universal. É um espaço onde o movimento é essencial: é ginástica porque corrige, alonga, fortalece. Ao focalizar o público infantil, o trabalho oferece oportunidades novas de relação com o próprio corpo e com a vida. É uma oficina de expressão e movimento, uma ginástica que trabalha músculos, articulações, desenvolve a concentração, ajuda a corrigir a postura, estimula a linguagem corporal, atuando e despertando a expressão criativa das outras inteligências, como as emoções e os pensamentos. A oficina permite às crianças usarem todo seu potencial, canalizando energias que muitas vezes se apresentam de forma dispersa. Utilizaremos músicas de todos os tipos, instrumentos musicais, o silêncio e a escuta de sons do ambiente, a percussão no corpo e a voz como elemento importante de conexão, criatividade e comunicação. **Dança:** Partimos do princípio de que a *dança* é parte de todo ser vivo, e que não há vida sem movimento. É essa dança que buscamos manter viva, despertando o *bailarino/a* que vive em cada um de nós. A alegria do movimento do corpo é utilizada e é estimulado o prazer do contato e do improviso, através da construção de pequenas estruturas de movimento criadas através da improvisação e depois repetidas e trabalhadas até formarem uma célula que pode ser apresentada e interpretada por todos. **Produto final:** Partimos do princípio que devemos compartilhar nossas experiências com todos aqueles que fazem parte na nossa convivência : família, escola e comunidade. Celebrar com uma festa popular é sempre uma recomendação. Esta celebração, integra esse trabalho com outros espaços estimulando outras ações semelhantes e intercâmbios futuros. Para a festa, o importante é que todos os envolvidos, possam juntos, propor um tema que esteja relacionado com as experiências vividas durante todo o trabalho, e que esteja presente no cotidiano das crianças. Nesta festa, todos que participaram do processo possam estar presentes, para compor o momento de celebração, onde o trabalho poderá ser compartilhado com todos os presentes, dando oportunidade as crianças de mostrarem o que foram descobrindo de si mesmas durante o processo de trabalho nas oficinas. A transformação dessas crianças se torna mais visíveis no momento em que elas se expressam utilizando as diferentes ferramentas que foram adquirindo durante todas as oficinas. Esses recursos, conciliados a outros parametros de atenção a saúde podem ser capazes de nortear a implementação de ações para o bem estar de crianças, de forma mais integral, mais resolutiva e participativa. Toda a experiência aqui apresentada vem corroborar com as propostas do V ENEPS se encaixando no eixo da Ação Coletiva.

Humanização no cuidado: atuação do palhaço cuidador em um Hospital Público-PB

Renato Araújo de Menezes

Lucas Emmanuel de Carvalho

José Félix de Brito Junior

Wanessa Toscano Cavalcante

Aldenildo Araújo de Moraes Fernandes Costeira

O riso ajuda a contrapor a ideia de saúde como simples ausência de doença ou um completo bem-estar. Neste sentido, o riso é um elemento que pode ser incorporado como ferramenta de promoção da saúde. Promover saúde com alegria fortalece o exercício da cidadania: compartilhando conhecimento, brincando e harmonizando-se com seu semelhante. (Matraca et al., 2011). Nesse intuito o projeto PalhaSUS surge com foco na humanização, considerando que o processo de cuidado em saúde envolve interações humanas. Esta tem sido uma preocupação histórica na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, uma vez que se observa que essas interações encontram-se limitadas pela ênfase no aspecto técnico e na condição biológica da doença, perdendo a perspectiva dos sujeitos envolvidos. Os participantes, a partir de formação prévia na Oficina do Riso da UFPB, desenvolvem o papel de palhaços cuidadores, aperfeiçoando uma tecnologia leve, cujas habilidades dependem do exercício em espaços privilegiados de desenvolvimento do cuidado. O projeto elenca cenários de práticas que envolvem pessoas em situações de internação hospitalar enfocando as diversas fases da vida humana, desde a infância até idade adulta. O estudo tem como objetivo socializar a vivência dos discentes da Universidade Federal da Paraíba, participantes do Projeto de Extensão PalhaSUS (UFPB) durante as visitas semanais ao setor da Pediatria e da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, localizado na cidade de João Pessoa-PB. As visitas são proporcionadas por um grupo composto por 10 estudantes de diferentes cursos da área de saúde e ocorrem todos os sábados pela manhã em uma carga horária de 4 horas. Os participantes caracterizam-se com uso de maquiagem, peruca, nariz de palhaço, roupas e sapatos coloridos. Utilizam-se de brincadeiras que ocorrem a partir da improvisação, em que os palhaços observam situações comuns a cada indivíduo ou até mesmo ao ambiente em que está inserido, com atenção e cuidado para não ser inapropriado e obter um resultado inverso ao desejado. As brincadeiras e conversas com os pacientes os ajudam a enfrentarem a mudança de rotina, resultante da hospitalização, auxiliando na adaptação a um lugar diferente ao de sua residência favorecendo também, a socialização entre pacientes. O cuidado ou simplesmente a atenção diferenciada, humanizada, proporcionada pelos palhaços auxiliam para que muitos deles apresentem uma melhora significativa psicologicamente e, conseqüentemente, fisicamente. Mudança essa que é facilmente observada pela expressão facial e corporal, onde um simples levantar da cama, andar e dançar com os palhaços pelo corredor pode expressar um grande bem estar além de

proporcionar mais saúde para o paciente. O Projeto PalhaSUS promove a humanização no ambiente hospitalar utilizando um artifício simples do cuidar, a entrega do ser em fazer o outro se sentir vivo. Possibilita assim, aos futuros profissionais, a construção de um olhar diferenciado sobre a real necessidade do paciente hospitalizado para o enfrentamento do processo saúde-doença. Além do mais, a atuação do palhaço cuidador no ambiente hospitalar, nos desperta ao forte potencial pedagógico que essa arte possui para a construção de tecnologias sociais, que promove encontro, sorrisos, bem-estar e, portanto, saúde.

INTRODUÇÃO: A educação popular em saúde considera estratégias, jeito de agir e de ser, expressando-se por meio de um conjunto de práticas, técnicas, políticas e ideologias que estejam comprometidas com as conquistas das classes populares (Vasconcelos, 2001). O conceito de saúde não se refere apenas a processos de intervenção na doença, mas sim em processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade possam dispor de meios para manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, sócio-econômicos e espirituais. (Pereira, 2003). As ideias motivadas à promoção da qualidade de vida servem de incentivo para o surgimento de novas práticas de saúde em variados cenários de atuação. De acordo com Valiate e Tozzi (2001) essas práticas potencializam virtudes como a solidariedade humana e supera gradualmente o modelo biomédico assistencialista e privatista, para uma efetiva promoção da saúde coletiva. Dentre estas estratégias, observam-se movimentos de valorização do riso no campo da saúde, tendo como principal referência os palhaços de hospital. A presença de palhaços em hospitais tem transformado este lugar em um ambiente de amor e alegria e isto tem sido classificado como terapia, potente criador para o contexto de humanização (Adams, 2002). O riso ajuda a contrapor a ideia de saúde como simples ausência de doença ou um completo bem-estar. Neste sentido, o riso é um elemento que pode ser incorporado como ferramenta de promoção da saúde. Promover saúde com alegria fortalece o exercício da cidadania: compartilhando conhecimento, brincando e harmonizando-se com seu semelhante. (Matraca *et al.*, 2011). Masseti (2005) relata em seus estudos que o ofício do palhaço cuidador fala do esforço do homem de se entregar à única condição possível de existência: a da relação humana, produzindo um espaço em que os sentidos do olhar, ouvir e tocar fazem circular afetos e desejos impressos nos corpos. Nesse intuito o projeto PalhaSUS surge com foco na humanização, considerando que o processo de cuidado em saúde envolve interações humanas. Esta tem sido uma preocupação histórica na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, uma vez que se observa que essas interações encontram-se limitadas pela ênfase no aspecto técnico e na condição biológica da doença, perdendo a perspectiva dos sujeitos envolvidos. Os participantes, a partir de formação prévia na Oficina do Riso da UFPB, desenvolvem o papel de palhaços cuidadores, aperfeiçoando uma tecnologia leve, cujas habilidades dependem do exercício em espaços privilegiados de desenvolvimento do cuidado. O projeto elenca cenários de práticas que envolvem pessoas em situações de internação hospitalar enfocando as diversas fases da vida humana, desde a infância até idade adulta. Essa atuação, além de contribuir na formação dos discentes no tratamento e cuidados das pessoas visitadas,

repercute nos trabalhadores ao interagir diretamente com os mesmos e despertar para o auto-cuidado no papel de cuidador. **OBJETIVO:** O estudo tem como objetivo socializar a vivência dos discentes da Universidade Federal da Paraíba, participantes do Projeto de Extensão PalhaSUS (UFPB) durante as visitas semanais ao setor da Pediatria e da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, localizado na cidade de João Pessoa-PB. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo a cerca de um relato de experiência, baseado na observação dos atores sociais envolvidos, durante as visitas realizadas no setor da Pediatria e da Clínica Médica do Hospital Universitário. As visitas são proporcionadas por um grupo composto por dez estudantes de diferentes cursos da área de saúde e ocorrem todos os sábados pela manhã em uma carga horária de quatro horas. Primeiramente os participantes caracterizam-se com uso de maquiagem, peruca, nariz de palhaço, roupas e sapatos coloridos, e utilizam desse momento para dar início às intervenções, se vestindo com animação e iniciando suas brincadeiras com todos que entram no local. Em seguida os palhaços seguem para a clínica médica onde são divididos em grupos de dois a três para cada enfermaria, quantidade esta que pode variar de acordo com o número de internos em cada enfermaria e a aceitação e participação dos mesmos às brincadeiras. Brincadeiras estas que ocorrem a partir, especialmente, da improvisação. Onde os palhaços observam situações comuns àquele indivíduo ou até mesmo ao ambiente em que está inserido e as utilizam para brincar e conseguir proporcionar sorriso e bem-estar a este, porém, com atenção e cuidado para não ser inapropriado e proporcionar um resultado inverso ao desejado. Essa intervenção não se limita apenas aos pacientes, é voltada também aos acompanhantes e funcionários presentes em cada setor visitado. As visitas seguem até a pediatria mantendo o mesmo padrão utilizado na clínica médica, porém, com dinâmicas diferenciadas, como a utilização de músicas e brincadeiras infantis e esculturas de balões, por exemplo. **RESULTADOS:** Sofrimentos físicos e psicológicos proporcionados pela enfermidade e local em que está presente são esquecidos naquele momento de interação do palhaço-cuidador com os pacientes. O momento torna-se único e enriquecedor, onde os sorrisos e abraços geram os mais variados sentimentos de alegria, prazer, satisfação e euforia. As brincadeiras e conversas os ajudam a enfrentarem a mudança de rotina, resultante da hospitalização, auxiliando na adaptação a um lugar diferente ao de sua residência favorecendo também, a socialização entre pacientes. O cuidado ou simplesmente a atenção diferenciada, humanizada, proporcionada pelos palhaços auxiliam para que muitos deles apresentem uma melhora significativa psicologicamente e, conseqüentemente, fisicamente. Mudança essa que é facilmente observada pela expressão facial e corporal, onde um simples levantar da cama, andar e dançar com os palhaços pelo corredor pode expressar um grande bem estar além de proporcionar mais saúde para o paciente. Os palhaços proporcionam também à equipe do hospital momentos de descontração, contribuindo assim para que se atenuem as tensões e cargas derivadas do trabalho e ambiente que estão imersos boa parte do seu tempo. O projeto proporciona, além do brincar, traz de volta a sensação de bem-estar e momentos em que esqueçam por alguns instantes o real motivo que as levaram a hospitalização. Para os voluntários do projeto a experiência tem um valor inestimável, permite a construção de um profissional humanizado, incentiva o

autocuidado e trabalha a relação multidisciplinar em saúde. Além de reformular e expandir o modo de prestar cuidado e promover saúde, pois, presenciar os benefícios imediatos proporcionados pelo sorriso faz com que o estudante e profissional avaliem a importância do cuidar e da maneira pelo qual este está sendo prestado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Projeto PalhaSUS promove a humanização no ambiente hospitalar utilizando um artifício simples do cuidar, a entrega do ser em fazer o outro se sentir vivo. Possibilita assim, aos futuros profissionais, a construção de um olhar diferenciado sobre a real necessidade do paciente hospitalizado para o enfrentamento do processo saúde-doença. Além do mais, a atuação do palhaço cuidador no ambiente hospitalar, nos desperta ao forte potencial pedagógico que essa arte possui para a construção de tecnologias sociais, que promove encontro, sorrisos, bem-estar e, portanto, saúde. **REFERÊNCIAS:** ADAMS, P. *Humour and love: the origination of clown therapy*. Postgrad med J, London UK, v. 78, n. 1, p. 447-448, 2002. MASETTI M. *Doutores da ética e da alegria*. Interface (Botucatu) vol.9. no.17 Botucatu Mar/Aug. 2005. MATRACA MVC *et al.* *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10):4127-4138, 2011. PEREIRA, A.L.F. *As Tendências Pedagógicas e a Prática Educativa nas Ciências da Saúde*. **Cad. Saúde Pública**. v.19, n.5, Rio de Janeiro, Set./Out. 2003. VALIATE F, Tozzi, V. *A busca da humanização no ambiente hospitalar através dos Especialistas do Riso*. COMSAÚDE – 2001. VASCONCELOS, E. M. *Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde*. In: Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação/fevereiro, 2001

Empreendedorismo, meios de produção e etnomatemática: ação coletiva em educação popular

Benerval Pinheiro Santos
Iraídes Reinaldo da Silva
Milena Abadia de Sousa
Ronicley Eduardo Corrêa de Araújo
Ana Flávia Beserra da Silva

O Grupo de Pesquisa em Educação e Culturas Populares - GPECPOP, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Uberlândia; é constituído por vários subgrupos que buscam construir coletivamente conhecimentos com vistas a contribuir com o aprimoramento teórico e metodológico no campo de intervenção, a partir da investigação de processos de educação e culturas populares ligados às práticas escolares formais e não formais de ensino. Nessa direção, o grupo desenvolve pesquisas em várias frentes: matemática, violência, questões de gênero, nos processos de produção de bens culturais, materiais e imateriais, entre outras. No início do segundo semestre de 2009, os/as líderes do GPECPOP e o coletivo (formado por professores da Universidade e de Escola Pública e por alunos de graduação de diferentes áreas do conhecimento) entraram em contato com a Ong – Ação Moradia, localizada no Bairro Morumbi, na cidade de Uberlândia. Naquela ocasião, em reunião com a coordenação da Ong, foram apresentados os interesses e as intenções dos/as pesquisadores e pesquisadoras vinculados/as ao grupo de desenvolvermos pesquisas e intervenções naquela região. Como uma consequência disso, em setembro de 2009, a coordenação da Ong Ação Moradia apresentou e discutiu junto a todos/as os/as membros do grupo as suas ações e, bem como, as suas principais demandas, relacionadas à: a) aprendizagem dos/as trabalhadores (Alfabetização e Letramento, Matemática Prática), b) aspecto emocional (Motivação; Autoestima; Relacionamento Interpessoal; Assertividade; Apresentação Pessoal/Higiene Corporal), c) aspectos ambientais (Educação Ambiental: projeto Pequeno Horticultor; Coleta Seletiva de Resíduos, Apoio nos Módulos Socioculturais), d) aspectos sócio-culturais (Educação Sexual / Planejamento Familiar; Combate à agressividade familiar e comunitária; Identidade Cultural), e) estrutural (Melhoria e adequação de espaços físicos, equipamentos e materiais pedagógicos), f) Formação dos/as trabalhadores/as e demais profissionais da ONG (Capacitação multidisciplinar da equipe da Ação Moradia; Enfoque em Educação Informal, mas com metodologia distante do esquema de palestra), g) empreendedorismo e economia solidária (Apoio na Pesquisa e Avaliação de Impacto Social dos projetos da Ong; Inovação e adaptabilidade; Empreendedorismo; Economia Solidária; Gestão Pessoal e Empresarial; Cálculo de produção/preço de venda; Novas técnicas de produção/ moldes) e outros. Assim, o GPECPOP constitui vários subgrupos que buscam, a partir dos objetivos delineados acima, compreen-

der e construir conhecimentos tendo por base a educação e as culturas populares. Neste artigo apresentaremos especificamente o trabalho do subgrupo de matemática e leitura – GML, que foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores docentes e discentes bolsistas do GPECPOP. Considerando que tal subgrupo foi criado a partir de demandas apontadas pela ONG, buscamos, por meio da etapa seguinte, identificar as particularidades das demandas no interior da ONG e os sujeitos envolvidos. Frente a estas preocupações o GML no início de 2010 desenvolveu uma série de sessões de observações semanais em três unidades produtivas – Horta; Artesanato e; Fábrica de Tijolos – com duração média de duas horas, em dias diferentes da semana, durante o horário de trabalho nas UPs, com o intuito de compreender minimamente como se davam tais processos e relações interpessoais e de que modo a leitura e a matemática se constituíam uma necessidade. Os/as pesquisadores/as do GML dividiram-se entre três UPs, buscando acompanhar e compreender os processos de produção, participando das reuniões entre as trabalhadoras e a coordenação da Ong e realizando entrevistas semiestruturadas com as trabalhadoras em seus locais de trabalho. Como consequência dessas atividades iniciais, pudemos de algum modo construir uma gama de conhecimentos sobre as UPs e também sobre as trabalhadoras, que nos permitiram um olhar mais crítico para aquelas demandas apresentadas inicialmente pela coordenação da Ong. Por um lado, pudemos compreender que as trabalhadoras, em questões técnicas, apresentavam dificuldades com: a compreensão dos cálculos da produção; a como atribuir o preço de venda dos produtos; às técnicas de produção; a utilização de moldes; a construção e utilização de tabelas eletrônicas; e outras. Mas, por outro lado, percebemos também que a Ong tem por objetivo principal investir na formação de trabalhadoras/es empreendedoras/es, pautando suas ações nos princípios da economia solidária. Frente a isso, foi possível observar outras dificuldades relacionadas com a compreensão do próprio processo de formação no qual ingressaram, quando entraram para a Ong e, mais particularmente, nas Unidades Produtivas. Algumas diziam respeito a: compreender o empreendedorismo como uma alternativa social; conhecer os objetivos da Ong; entender como atuar no sentido de formarem-se como empreendedoras. Assim, o GML tomou para si a responsabilidade de desenvolver pesquisas e ações relacionadas, a princípio, com as seguintes demandas apresentadas pela Ong: a) aprendizagem dos/as trabalhadores (Alfabetização e Letramento, Matemática Prática), b) Formação dos/as trabalhadores/as e demais profissionais da ONG (Capacitação multidisciplinar da equipe da Ação Moradia; Enfoque em Educação Informal; c) empreendedorismo e economia solidária (Apoio na Pesquisa e Avaliação de Impacto Social dos projetos da Ong; Inovação e adaptabilidade; Empreendedorismo; Economia Solidária; Gestão Pessoal e Empresarial; Cálculo de produção/preço de venda; Novas técnicas de produção/ moldes) e outros. **Referencial Teórico:** Os processos pedagógicos desenvolvidos na Ong pelo GML necessariamente buscaram uma forte aproximação com os princípios da Educação Popular freireana, no sentido de estar comprometida com os excluídos sociais e com as suas necessidades. Na mesma direção, a Etnomatemática apresentou-se como uma fundamentação teórico/prática necessária à compreensão dos processos de construção de conhecimentos dos grupos de trabalhadoras que atuam nas UPs, constituindo-se como um processo de

construção de estratégia politicamente direcionada, que busca construir formas de compreensão e de participação social, mas pautada como princípio gerador nos conhecimentos já construídos historicamente pelos grupos de trabalhadoras populares. Nesse sentido, tanto no que diz respeito ao desenvolvimento das atividades junto às trabalhadoras, quanto aos constructos teóricos que nos auxiliaram na compreensão dos dados/fatos, apontamentos e resultados ancoramo-nos nas elaborações próprias do programa de pesquisa etnomatemática (D'AMBROSIO, 1993, 2001), nas contribuições da modelagem matemática (BASSANEZI, 2002), nas discussões acerca de empreendedorismo e educação popular (CRUS e GUERRA, 2009; OLIVEIRA, 2003; e outros) e, particularmente nas contribuições de Freire (2000, 2001, 1996, 1979) e Marx (2005). **Metodologia:** A pesquisa foi iniciada em fevereiro de 2010 e finalizada em junho de 2011, implementada junto às trabalhadoras de três unidades produtivas – artesanato- horta e fábrica de tijolos- da Ong Ação Moradia Bairro Morumbi da cidade de Uberlândia-MG. Trata-se de uma investigação de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação (IBIAPINA, 2008, FRANCO, 2005) e teve por objetivos: compreender as atividades desenvolvidas nas unidades produtivas assim como as necessidades formativas das trabalhadoras no que diz respeito à matemática e às formas matemáticas próprias utilizadas em cada unidade produtiva; identificar as dificuldades das trabalhadoras frente aos objetivos da Ong no que diz respeito à formação de trabalhadoras empreendedoras; implementar processos/ações pedagógicas voltadas à alfabetização matemática adequados às demandas e necessidades identificadas junto às trabalhadoras das unidades produtivas. Para isso, como metodologia, utilizamos as Rodas de Conversas (WARSCHAUER, 2001), inspirados nos círculos de cultura e relações dialógicas freireanas (FREIRE, 2001). **Considerações:** Entendemos que em diversos aspectos nossas ações superaram nossos objetivos, particularmente no que diz respeito ao abandono de posições quietista por parte de muitas trabalhadoras. Da mesma forma, consideramos que avançamos bastante em termos dos objetivos que propusemos. Cabe dizermos, porém, que pontuamos aqui apenas parte do que foi desenvolvido ao longo dos dois anos da investigação. Como produto deste projeto geramos sete trabalhos completos apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais (um deles sob nossa organização: www.enpecpop.faced.ufu.br), um capítulo de livro, mais de 200 páginas de notas de campo e cerca de 20 Gb de arquivos com imagens e vídeos. Estes materiais ainda merecem ser analisados buscando outros elementos e contribuições que nos escaparam. Assim, entendemos que pontuamos aqui apenas parte desse todo, em decorrência do pouco espaço permitido aqui. Algumas das atividades do GPECPOP podem ser acessadas em www.gpecpop.faced.ufu.br. Finalmente, não podemos, enquanto pesquisadores adotarmos atitudes quietistas frente a outros problemas identificados ao longo da investigação. Nessa direção, continuamos as atividades na Ong ao longo do ano de 2012, mas com outro enfoque. O chamado para o “engajamento”, agora, tem a leitura, a matemática e a inclusão digital como motes. Ou seja, como um dos resultados da investigação, compreendemos que os computadores ainda eram vistos com certas reservas, cuidados e medos pelas trabalhadoras. Frente a isso, nos lançamos em outro desafio, pautados na questão: é possível desenvolver atividades de leitura crítica, de alfabetização, de matemática e promover,

concomitantemente a inclusão digital das trabalhadoras das UPs? Mas para a análise destas questões será destinado outro espaço. **Referências:** BASSANEZI, R. C. Ensino-Aprendizagem com Modelagem Matemática. São Paulo: Contexto, 2002. CRUZ, A; GUERRA, J. da S. Educação Popular e Economia Solidária nas Incubadoras universitárias de Cooperativas Populares: práticas dialógicas mediadas pelo trabalho. In: HERBET, J. F. et AL. (Orgs.). **Participação e práticas educativas:** A construção coletiva do conhecimento. São Leopoldo: Oikos; Brasília: Liber Livro, p. 1-13, 2009. D'AMBROSIO, U. (1997). Transdisciplinaridade. São Paulo: Ed. Palas Athen, 1997. _____. Educação Matemática: da teoria à prática. Campinas: Ed. Papyrus, 1998. _____. **as**Educação para uma sociedade em transição. Campinas: Ed. Papyrus, 1999. _____. Etnomatemática – elo entre as tradições e a modernidade. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2001. _____. Educação para uma Civilização em Transição. In S. G. Fonseca (Org.). Ensino Fundamental: conteúdos, metodologias e práticas. Campinas: Ed. Alínea, pp. 73-92, 2009. FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. In Educação e Pesquisa, 31 (3), pp. 483-502, 2005. MARX, K.. O capital. Tradução de Klaus Von Puschén. São Paulo: Ed. Centauro, 2005. FREIRE, P. Educação e mudança. Tradução de Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martin. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1979. _____. Extensão ou comunicação? São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2001. _____. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Ed. Ed. Paz e Terra, 2000. _____.& SHOR, I. Medo e ousadia. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2000. IBIAPINA, I. M. L. de M. Pesquisa colaborativa: investigação, formação e produção de conhecimento. Brasília: Ed. Liber Livro, 2008. OLIVEIRA, B. A. M. Economia solidária e o cooperativismo popular: da gênese aos desafios atuais. In: Proposta, 97, jan/ago, pp. 59-69, Rio de Janeiro, 2003. SILVA, P. B. G.; BERNARDO, N. M. G. Roda de conversas – Excelência acadêmica e a diversidade. Educação, 61(1), pp. 53-92, 2007. WARSCHAUER, C. Rodas em Rede: Oportunidades formativas na escola e fora dela. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2001.

Um outro olhar sobre a saúde – as práticas integrativas de saúde, cultura e movimentos

Rosângela dos Santos Silva
Maria Edna Bezerra da Silva

Introdução: Este trabalho tem como principal fundamento o registro das atividades e ações da Tenda de educação popular Paulo Freire, realizada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, em Novembro de 2011, em Brasília. A Tenda vem se constituindo como um espaço de diálogos e debates na saúde em seus diversos e mais variados aspectos- Social-Político-Econômico e Cultural. Essa intencionalidade tem permitido a sua criação em diversos espaços de discussão, seja ele institucionalizado através do âmbito governamental, nas esferas Federal e Estadual se expandido ao Município, como é o caso da presença da Tenda na Conferência Nacional de Saúde, quer nos espaços de diálogo científico como os congressos acadêmicos, fóruns e congressos de categorias profissionais, além dos espaços de dialogicidade com os Movimentos Sociais. A temática da Tenda tem proporcionado aos profissionais de saúde e a outros profissionais como também a população de maneira mais geral, uma abordagem sobre o tema saúde de uma forma mais leve, introduzindo horizontalmente as palavras Educação, Popular e Cultura no âmbito da saúde, permitindo desabrochar o interesse e a participação social pelo tema, o que num primeiro momento não seria possível, visto que este conceito de saúde está desassociado no contexto social em que estamos inseridos, por meio desta sociedade. Outro aspecto peculiar que acompanha a Tenda é o “Espaço de Cuidados”, que dialoga com a cultura tradicional-popular “Rezadeiras”, “Benzadeiras”, Massoterapia, Fitoterapia e algumas culturas milenar de práticas que ajudam na integração a saúde, como a ‘Acupuntura Auricular” e o Reiki. Objetivo: Apresentar as contribuições da Tenda para o fortalecimento dos Espaços de Diálogo da Educação Popular, na implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, e as ações de promoção à saúde com base na Educação Popular e nas práticas integrativas complementares. Metodologia: A construção teórico-metodológico do espaço para a constituição da Tenda Paulo Freire, se dá de forma coletiva, de maneira que agregue “una” as pessoas. A construção do espaço, a metodologia de participação, a “arrumação” tudo é feito de forma coletiva, com a participação de diversos atores populares, desde lideranças comunitárias, movimentos sociais e outros grupos que trazem diversas característica lúdica e de participação o que permite uma dinâmica de participação popular maior, que agrega o saber de todos os atores envolvidos. O aspecto lúdico da tenda, a contribuição dos movimentos e organizações com seus- adereços, tecidos, material-didático- permite as pessoas uma maior interação e participação nas rodas de conversas, o aspecto estético influi para que a maioria dos participantes permitam-se passar pela tenda entendendo e/ou enxergando o espaço, como um espaço de cultura que tem em sua linha transversal a conversa/diálogo sobre a saúde e a educação como forma/meio para assegurar a saúde. Resultados e discussão: O Espaço Saúde e Cultura Paulo

Freire, desenvolvido para a 14ª Conferência Nacional de Saúde, foi um espaço aberto e de circulação ampla, com a organização de atividades em formato de rodas de conversa e oficinas permeadas por várias expressões da arte e culturas populares. Trata-se de uma adaptação da idéia dos círculos de cultura desenvolvidos na pedagogia freireana, que prevê a estruturação de espaços de debate e leitura/análise coletiva sobre contextos e problematizações. Comentários finais: Especificamente na 14ª Conferência Nacional de Saúde, o espaço da Tenda ficou tensionado à uma série de ações institucionais, como forma de promoção governamental. A abertura de diálogos e uma série de homologações de leis e diretrizes de políticas governamentais, como a assinatura da política de saúde para as populações oriundas do campo e da Floresta.

Introdução: Este trabalho tem como principal fundamento o registro das atividades e ações da Tenda de educação popular Paulo Freire, realizada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, em Novembro de 2011, em Brasília. A Tenda vem se constituindo como um espaço de diálogos e debates na saúde em seus diversos e mais variados aspectos- Social-Político-Econômico e Cultural. Essa intencionalidade tem permitido a sua criação em diversos espaços de discussão, seja ele institucionalizado através do âmbito governamental, nas esferas Federal e Estadual se expandido ao Município, como é o caso da presença da Tenda na Conferência Nacional de Saúde, quer nos espaços de diálogo científico como os congressos acadêmicos, fóruns e congressos de categorias profissionais, além dos espaços de dialogicidade com os Movimentos Sociais. A temática da Tenda tem proporcionado aos profissionais de saúde e a outros profissionais como também a população de maneira mais geral, uma abordagem sobre o tema saúde de uma forma mais leve, introduzindo horizontalmente as palavras Educação, Popular e Cultura no âmbito da saúde, permitindo desabrochar o interesse e a participação social pelo tema, o que num primeiro momento não seria possível, visto que este conceito de saúde está desassociado no contexto social em que estamos inseridos, por meio desta sociedade. Outro aspecto peculiar que acompanha a Tenda é o “Espaço de Cuidados”, que dialoga com a cultura tradicional-popular “Rezadeiras”, “Benzadeiras”, Massoterapia, Fitoterapia e algumas culturas milenar de práticas que ajudam na integração a saúde, como a ‘Acupuntura Auricular” e o Reiki. **Objetivo:** Apresentar as contribuições da Tenda para o fortalecimento dos Espaços de Diálogo da Educação Popular, na implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, e as ações de promoção à saúde com base na Educação Popular e nas práticas integrativas complementares. **Metodologia:** A construção teórico-metodológico do espaço para a constituição da Tenda Paulo Freire, se dá de forma coletiva, de maneira que agregue “una” as pessoas. A construção do espaço, a metodologia de participação, a “arrumação” tudo é feito de forma coletiva, com a participação de diversos atores populares, desde lideranças comunitárias, movimentos sociais e outros grupos que trazem diversas característica lúdica e de participação o que permite uma dinâmica de participação popular maior, que agrega o saber de todos os atores envolvidos. O aspecto lúdico da tenda, a contribuição dos movimentos e organizações com seus- adereços, tecidos, material-didático- permite as

pessoas uma maior interação e participação nas rodas de conversas, o aspecto estético influi para que a maioria dos participantes permitam-se passar pela tenda entendendo e/ou enxergando o espaço, como um espaço de cultura que tem em sua linha transversal a conversa/diálogo sobre a saúde e a educação como forma/meio para assegurar a saúde. **Resultados e discussão:** O Espaço Saúde e Cultura Paulo Freire, desenvolvido para a 14ª Conferência Nacional de Saúde, foi um espaço aberto e de circulação ampla, com a organização de atividades em formato de rodas de conversa e oficinas permeadas por várias expressões da arte e culturas populares. Trata-se de uma adaptação da idéia dos círculos de cultura desenvolvidos na pedagogia freireana, que prevê a estruturação de espaços de debate e leitura/análise coletiva sobre contextos e problematizações. **Comentários finais:** Especificamente na 14ª Conferência Nacional de Saúde, o espaço da Tenda ficou tensionado à uma série de ações institucionais, como forma de promoção governamental. A abertura de diálogos e uma série de homologações de leis e diretrizes de políticas governamentais, como a assinatura da política de saúde para as populações oriundas do campo e da Floresta.

Palavras Chave: Educação popular em Saúde; Formação Multiprofissional e Interdisciplinar; aproximação ensino-serviço; Movimento Popular; Participação Popular.

Diálogo entre profissionais de saúde e práticas populares de saúde

Silvana Faraco de Oliveira

Maria Waldenez Oliveira

Resumo: O objetivo desta pesquisa de caráter investigativo e qualitativo foi analisar a inserção de práticas populares de saúde no cotidiano do trabalho de profissionais de saúde egressos de um curso de extensão de “Práticas Populares de Saúde” oferecido pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) a profissionais de saúde formados ou em formação. O referido curso faz parte do Projeto de Extensão “Mapeamento e Catalogação de Práticas Populares de Saúde” e tem o objetivo de trazer os praticantes populares dos bairros mapeados pelo projeto de Extensão à Universidade para que possam fazer a apresentação de suas práticas para estudantes e profissionais de saúde. O curso de extensão Práticas Populares de Saúde da UFSCar tem a intenção de ampliar a visão de profissionais da saúde em relação a saberes populares, possibilitando uma quebra de preconceitos e uma integração entre os saberes acadêmicos, cuja importância é irrefutável, com saberes populares, procurados por grande parte da população. Utilizou-se como referencial teórico a Medicina Alternativa, Medicina Tradicional, Educação em Saúde e Atenção Primária à Saúde. A pesquisa foi realizada em 2010, mediante aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos. Primeiramente aplicou-se um questionário para coleta inicial de dados e seleção dos sujeitos a serem entrevistados. Foram respondidos 22 questionários sendo identificados 12 egressos em exercício profissional. Destes, 6 aceitaram a entrevista, sendo 2 de cada edição do curso. As entrevistas foram realizadas entre os meses de março e abril de 2010 e seguiram um roteiro que tinha itens que questionavam a referência feita às práticas populares de saúde, a relação das mesmas com o serviço, além das barreiras que dificultam tal relação. A análise de dados levou em conta as respostas dos itens do roteiro. Todos entrevistados relataram que tanto os usuários de seus serviços fazem referências às práticas populares de saúde quanto os próprios entrevistados também tem contato com tais práticas, sendo comum entre eles o incentivo ao respeito a essas práticas nos seus ambientes de trabalho e orientações aos usuários para construção de sua autonomia, a qual passa pelas práticas cotidianas de cuidado. Na relação entre as práticas e o serviço, houve diferentes respostas, desde sua existência, passando por processos de construção dessa relação até a sua não existência. Os entrevistados relatam barreiras que dificultam tal relação, como a formação profissional centrada no cientificismo. Todos apontam que o curso propiciou quebra de preconceitos, sendo que quatro entrevistados apontam que o curso deu um forte apoio para suas relações com tais práticas, e dois que o apoio foi menos aparente. Por fim a pesquisa concluiu que é preciso trazer o conhecimento sobre práticas populares de saúde nos espaços da formação básica e na educação permanente em saúde, para que os profissionais possam enfrentar seus preconceitos e se abrirem ao diálogo com as práticas populares de saúde.

INTRODUÇÃO: Práticas populares de saúde. Desde o ano de 2006, é desenvolvido na Universidade Federal de São Carlos o projeto de pesquisa e extensão “Mapeamento e Catalogação Inicial de Práticas de Educação Popular e Saúde”. Esse projeto tem por objetivo identificar e localizar práticas populares de saúde utilizadas pela população, sendo desenvolvido em diferentes territórios da cidade de São Carlos-SP. Dentro do projeto, em uma primeira etapa, moradores do bairro são entrevistados com o objetivo de identificar que práticas utilizam e localizar os praticantes dessas diversas práticas populares de saúde existentes no bairro. Como continuidade desse trabalho, esses praticantes são entrevistados e convidados a apresentarem suas práticas para participantes de um curso de extensão sobre práticas populares de saúde oferecido na Universidade. Também é produzido um catálogo^{1,2} com uma síntese dessas práticas. Considerando-se os 3 territórios mapeados até o ano de 2011, foram entrevistados 53 praticantes populares, sendo respectivamente 12 do primeiro território mapeado, 19 do segundo e 22 do terceiro. São diversas as práticas realizadas por esses praticantes: benzimento, trabalho com ervas, Igrejas Católicas, Centros Espíritas, Umbanda, grupos de oração, Igreja Evangélica, Igreja Adventista do Sétimo Dia, massagem, homeopatia e outras religiões e igrejas. Avaliando-se os resultados do projeto mencionado, observa-se que todos os moradores entrevistados fazem referência a alguma prática popular para melhorar a saúde.^{1,2,3} Silva⁴ define as práticas populares como sendo todos os recursos utilizado pelas famílias, onde a apreensão do saber se constrói no cotidiano e se transmite de geração a geração, e cujo fazer não está ligado a serviços formais de saúde. Para Kocher⁵ as práticas populares surgem como consequência da necessidade de se resolver os problemas diários de forma prática e pelo fato de darem certo se transformam em convicções, em crenças que são repassadas de um indivíduo para o outro e de uma geração para a outra. Dentro desta perspectiva, Oliveira⁶ acredita que a família é o principal meio de divulgação das práticas populares. Iserhard⁷ aponta que a cultura tem influência poderosa sobre o comportamento das pessoas inclusive quando se diz respeito às práticas de saúde. Autores como Zanatta⁸ afirmam que a forma de cuidar é afetada pelos ambientes físico, emocional e cultural, e pela estrutura social a que o indivíduo pertence, uma vez que cada cultura possui suas próprias concepções de saúde, doença e cuidado. Segundo documento do Ministério da Saúde⁹ a busca por meios populares de saúde pode envolver: a insatisfação com o modelo convencional de tratamento, o excessivo consumo de medicamentos para o controle de doenças crônicas, a preferência por uma visão mais integral do processo saúde-doença, o encarecimento progressivo de tratamentos alopáticos e os efeitos colaterais indesejáveis dos medicamentos, entre outros. O estudo de Veiga Junior et al¹⁰ revela que existem obstáculos na utilização da medicina alopática pelas populações carentes, que vão desde o acesso aos centros de atendimento até a obtenção de exames e medicamentos. Em contrapartida a fácil obtenção e a grande tradição das plantas medicinais, contribuem para sua utilização pelas populações dos países em desenvolvimento. Alvim e Ferreira¹¹ expõem a idéia de que as pessoas criam resistência às práticas oficialmente instituídas à medida que elas não atendem suas necessidades. Para Barbosa et al¹² as práticas populares de saúde ainda são valorizadas porque de certa forma respondem às necessidades e expectativas da população, se elas não trouxessem nenhum resultado positivo já teriam sido abandonadas ao longo do tempo. De acordo com esses autores, são

várias as motivações que levam as pessoas a adotarem que independem de aspectos sociais, pois mesmo em centros urbanos mais adiantados e em classes socialmente elevadas, crenças e práticas baseadas no saber popular e em experiências empíricas são adotadas como recursos destinados à manutenção da saúde ou cura de doenças. Segundo os autores, essas práticas se justificam por meio da crença que as pessoas estabelecem em relação à ação positiva dos recursos utilizados. Barbosa et al¹² explicam da seguinte forma a origem da utilização das práticas populares: “*Um dos fatores que explicam a origem das crenças e práticas populares é o da experiência individual que ao longo do tempo e através da sociedade exprime uma cultura, influenciando nas explicações dadas aos acontecimentos e na escolha de decisões, provocando muitas vezes repercussões sociais, cuja intensidade é proporcional à quantidade de pessoas que faz adesão a tais práticas.*”^{12:176}. A pesquisa de Oliveira et al⁶ traz que o trabalho em saúde exige profissionais que possuam capacidades que vão além da técnica e da política. É preciso que os profissionais de saúde sejam sensíveis à realidade da comunidade onde estão desenvolvendo seu trabalho. Dessa forma é importante que conheçam e respeitem as práticas populares para que se familiarizem com os grupos culturais com quem trabalham e para que aprendam a lidar com os valores, hábitos e costumes desses grupos.

Formação acadêmica e as práticas populares de saúde: A necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde à realidade em que estão inseridas as pessoas que atendem está presente nos vários documentos oficiais e políticas de saúde brasileiras. Porém, no que se refere ao diálogo entre as práticas populares de saúde e as dos serviços, quando voltamos o olhar para os cursos superiores de formação de profissionais de saúde notamos um descompasso entre a realidade encontrada no projeto mencionado, de procura por práticas populares, e a formação profissional. Trovo, Silva e Leão (in Oliveira e Stofel)¹³ fizeram um estudo para analisar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem acerca das “terapias complementares/alternativas”, e constataram que o conhecimento dessas terapias dá-se através do senso comum, e que há pouca ou nenhuma discussão do assunto em sala de aula, uma vez que esse conhecimento faz parte do saber popular e não do saber do aluno. De acordo com Alvim e Ferreira¹¹ no campo da saúde, embora já existam várias iniciativas de natureza ética no sentido de respeitar e valorizar a participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem estar, ainda hoje se constata a predominância do modelo de educação linear, de orientação depositária que se ancora em um modelo escolar de dominação. Nele, se substitui a ideologia da cultura comum pela ideologia da cultura científica. Segundo Vasconcelos¹⁴, o surgimento e a consolidação da medicina científica com a modernidade tornaram hegemônico o modelo de explicação do ser humano, de suas doenças e de suas estratégias de cura, descrito como modelo biomédico. No modelo biomédico, a razão tornou-se o único instrumento aceito como legítimo, capaz de levar ao progresso e ao bem estar; as percepções oriundas dos sentimentos, da intuição, da vivência religiosa foram desvalorizadas. Este modelo trouxe para a cultura ocidental que só é racional o que provem da ciência e pode ser comprovado experimentalmente e estatisticamente. Formar profissionais da saúde que saibam respeitar e reconhecer o saber popular e as dinâmicas populares de cura, entre elas a busca pelas práticas populares, contribuirá para um atendimento mais humanizado e uma maior efetividade na relação terapêutica entre profissionais da saúde e a po-

pulação. Para Souza e Vieira¹⁵ é preciso ampliar o processo de compreensão do indivíduo, da doença, da saúde, da vida e analisar as práticas assistenciais na perspectiva de um outro olhar sobre o processo saúde-doença, para, desta maneira, desenvolver uma abordagem integral nas ações de saúde. Autoras como Alvim e Ferreira¹¹ defendem que sem uma ação coletiva, dialógica, compartilhada com o saber popular, o conhecimento científico seguirá anacrônico, desvinculado do mundo prático. O estudo de Barbosa et al¹² reforça essa idéia quando retrata que muitas pessoas não se modelam passivamente ao tratamento prescrito pelo médico por serem marcadas por uma forte cultura que acredita em práticas populares, assim se torna imprescindível que a assistência em saúde aconteça como um momento de troca que integre saber científico com saber popular. Mas, como argumentado acima, essa formação ainda é um desafio. Cursos de extensão têm sido apontados como uma opção para quem busca por uma formação diferenciada, mais humanizada, onde as práticas populares tenham tanta importância quanto os saberes acadêmicos, especialmente naquelas instituições formadoras em que não se prevê o debate sobre esses saberes na grade curricular. A extensão pode ser um espaço em que o estudante entra em contato com situações ainda não contempladas em seu curso de graduação, como refletem Arroyo e Rocha¹⁶: “*A extensão universitária deve ser concebida, portanto, como ação que visa, principalmente, a formação do indivíduo-cidadão que irá atuar nos diversos segmentos profissionais, e que, provavelmente, neles encontrará situações nem sempre previstas nos conteúdos de teor específico dos cursos de graduação e que ultrapassam a necessidade de conhecimentos técnico-científicos, exigindo dele posições socialmente comprometidas.*”^{16:134}. De acordo com a visão educadora de Freire¹⁷, para fazer extensão é necessário compreender o outro como sujeito histórico, cultural, respeitando seus valores e cultura. Neste sentido, a extensão reveste-se da horizontalidade e do conhecimento e respeito à cultura do local onde se desenvolve, e assume um compromisso com as mudanças. Inspirados na teoria Freiriana, vários atores envolvidos em projetos norteados pela educação popular na Universidade Federal da Paraíba, criaram em 2005 a Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP)¹⁸ com intuito de promover espaço para troca de experiências, discussão e estudo sobre as possibilidades e dificuldades de fazer extensão. O objetivo é compreender a extensão como um trabalho social, útil e que contempla o objetivo de conectar-se com o ensino e a pesquisa, sem perder o seu caráter difusivo. Neste sentido a Extensão Popular, tem se mostrado um espaço bem sucedido na direção da formação para o respeito e diálogo entre os saberes acadêmicos, cuja importância é irrefutável, com saberes populares, procurados por grande parte da população. Cursos de extensão dentro dessa perspectiva poderão ampliar a visão de profissionais da saúde em relação a saberes populares, possibilitando uma quebra de preconceitos e a construção desse diálogo. Nessa perspectiva foi concebido o curso de extensão “Práticas Populares de Saúde”, no qual estiveram presentes os participantes desta pesquisa. O curso é oferecido pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) à profissionais de saúde formados ou em formação. Nele, praticantes populares de saúde de São Carlos ministram aulas sobre suas práticas. A principal intenção do curso é ampliar a visão desses profissionais em relação a saberes populares, possibilitando uma quebra de preconceitos e uma integração entre os saberes acadêmicos, cuja importância é irrefutável, com saberes populares, procurados por

grande parte da população. MATERIAIS E MÉTODOS: Justificativas da Escolha dos Entrevistados: A partir dos relatórios finais do Curso de Extensão “Práticas Populares de Saúde” (edições de 2007, 2008, 2009) e das fichas de inscrições dos alunos foi possível contatar e enviar um questionário para aqueles que haviam concluído esse curso a fim de obter alguns dados iniciais que propiciassem a seleção de sujeitos para as entrevistas. Como o objetivo da pesquisa foi de identificar se existe na atividade profissional dos ex- alunos do curso, diálogo com as práticas populares de saúde, adotou-se como principal requisito para essa seleção, o fato de eles estarem trabalhando. A primeira etapa foi de coleta de dados através do questionário. Para tanto, primeiramente enviou-se sessenta e cinco emails explicativos da pesquisa com o questionário em anexo. Não tendo havido retorno neste procedimento, foram realizados contatos telefônicos. Algumas pessoas pediram que o e-mail fosse reenviado e por mais duas vezes os questionários foram enviados por correio eletrônico. Após quarta tentativa, deu-se por encerrada esta etapa, tendo-se vinte e dois questionários respondidos. A tabela a seguir mostra o perfil das pessoas que responderam os questionários:

Tabela 1 : Perfil das pessoas que responderam o questionário

	Curso 2007	Curso 2008	Curso 2009
Nº Alunos que concluíram o curso	23	17	25
Nº Questionários enviados	23	17	25
Nº Questionários respondidos	7	8	7
Nº Pessoas que trabalham	5	5	2
Total de pessoas que trabalham: 12			

De um total de doze pessoas que trabalham, optou-se pela escolha de seis para realização das entrevistas. Considerando que entre os egressos do curso 2009 apenas duas pessoas atendiam a exigência de estarem trabalhando, estas foram convidadas à entrevista via correio eletrônico e após aceitação das mesmas a entrevista foi feita. Também foram convidados a participar das entrevistas, cinco egressos do curso 2007, e cinco egressos do curso 2008, sendo que duas pessoas de cada ano se prontificaram em participar da entrevista. No total tivemos 6 entrevistados. O roteiro de entrevista continha itens que questionavam a referência feita às práticas populares de saúde, a relação das mesmas com o serviço, além das barreiras que dificultam tal relação. Termos Éticos: Segundo o que preconiza a Resolução 196/96, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde¹⁹, esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e aprovada conforme o número de protocolo 109/2009 . Conforme exigência descrita no termo de Consentimento, o nome dos entrevistados não será revelado. Para a identificação dos mesmos utilizou-se a denominação A1 e A2 para egressos do curso 2007, B1 e B2 para identificar os egressos do curso 2008 e C1 e C2, respectiva-

mente para nomear egressos do curso 2009. No momento da entrevista foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após consentimento e assinatura dos mesmos, realizou-se a entrevista seguindo um “roteiro de pesquisa”. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de B1 e B2 foram enviados por e-mail, scaneados, assinados pelos sujeitos da pesquisa e devolvidos à pesquisadora também por correio eletrônico. Todos os entrevistados preferiram que a entrevista não fosse gravada, respeitou-se essa preferência, portanto as respostas das entrevistas foram anotadas à mão e posteriormente, digitadas. Não se percebeu constrangimento por parte dos entrevistados ao longo da entrevista, tampouco estes referiram qualquer constrangimento. Todos foram muito receptivos e não se recusaram a responder nenhum item do roteiro de pesquisa. Realizando a Pesquisa: Todas as entrevistas foram agendadas com antecedência pelo telefone, duas delas, as com B1 e B2, tiveram de ser realizadas pela Internet, via Skype, pois os escolhidos não residiam mais na cidade de São Carlos e seria inviável à pesquisadora dirigir-se a outras duas cidades diferentes. A1 e C2 foram entrevistados em seus locais de trabalho, conforme solicitaram, A2 foi entrevistada em sua própria residência e C1 preferiu dirigir-se à casa da pesquisadora para a entrevista. Análise dos Dados: Para análise dos dados obtidos por essa pesquisa foram utilizadas as seguintes categorias: Referências feitas às Práticas Populares de Saúde e contato dos sujeitos da pesquisa com praticantes de Práticas Populares de Saúde da região onde trabalham; Relação entre práticas/praticantes e serviço dos entrevistados; Relação entre práticas/praticantes e atuação profissional dos entrevistados; Barreiras que dificultam a inserção e o diálogo entre as práticas de saúde biomédicas e as populares; Conhecimento das Práticas Populares de Saúde por parte da equipe de trabalho dos entrevistados; Relação entre o conteúdo do curso de Práticas Populares de Saúde e a atual prática profissional dos entrevistados; Relevância do conteúdo abordado no curso Práticas Populares de Saúde para maior compreensão e aceitação das práticas pelos entrevistados; Sugestões para facilitar o conhecimento e o diálogo com as Práticas Populares de Saúde; Possibilidades de ações à curto, médio e longo prazo para o diálogo do serviço com as Práticas Populares de Saúde; Avanço das ações propostas no curso além de sugestões e recomendações para as próximas ofertas do curso. RESULTADOS: Referências feitas às Práticas Populares de Saúde e contato dos profissionais de saúde com praticantes populares da região onde trabalham. Neste item procurou-se identificar se os usuários do serviço de saúde fazem referência a essas práticas quando procuram os entrevistados em seus locais de trabalho e também se os profissionais de saúde entrevistados têm contato com praticantes populares da região onde trabalham. No que diz respeito à menção das práticas pelos usuários do serviço de saúde as respostas foram unânimes, todos responderam que de uma maneira ou de outra as pessoas mencionam tais práticas. Foi verificado que entre as práticas mais citadas estão o uso de plantas e ervas medicinais, referenciado por 4 entrevistados. A2 relatou que usuários da Unidade de Saúde comentam que utilizam pomadas naturais feitas por eles mesmos: “Atendo também pessoas que residem em fazendas e que pouco tem acesso à Unidade, então elas mesmas se cuidam, usam açúcar nos ferimentos, pó de café?”. Além das plantas, houve outras referências, como de B1, acerca de simpatias, C1, sobre práticas religiosas e A1, que declarou que as usuárias que freqüentam sua

aula de ginástica sempre comentam que foram a um Centro de Umbanda: “[...] algumas alunas relatam que vão até centros de umbandas, vão atrás de seus benefícios, vão atrás de um centro não para fazer o mal, mas para fazer o bem.” B2 não especificou quais práticas são citadas, mas disse que dialoga bastante com as pessoas em seu ambiente de trabalho e que por isso fica sabendo dos hábitos e cultura de cada um. Ao analisar o contato dos profissionais de saúde entrevistados com os praticantes populares da região que trabalham identificou-se que todos os entrevistados mostraram-se interessados pelas práticas populares, sendo que, a maioria já teve contato com praticantes populares de saúde, porém nem sempre da região onde trabalham. A1 relatou que já fora a uma benzedeira, porém que esta não residia na região em que ele trabalha; A2 disse o seguinte: “ Já atendi algumas pessoas que tinham plantas em casa, que falaram que as plantas ajudavam para alguns problemas de saúde e essas pessoas socializavam as plantas de seus próprios quintais com outras pessoas que tivessem interesse. Não sei se posso dizer que eram praticantes [...]” B1 teve contato com uma erveira, C1 já teve contato com o “chefe” do espiritismo e C2, com praticantes do benzimento, inclusive relatou que já procurou por praticantes que deram palestras no curso de Práticas Populares de Saúde da UFSCar. B2 não respondeu diretamente, desta forma, não se sabe afirmar se teve contato com praticantes ou se foi com usuários das práticas: “No trabalho cotidiano sempre tenho contato com diferentes usuários, que trazem consigo seus costumes e valores.”

Relação entre práticas/praticantes e serviço dos entrevistados: Quando investigado se há relação entre as práticas/praticantes e o serviço onde trabalham um dos entrevistados respondeu que não percebe essa relação em seu serviço. Outro entrevistado, B2 avalia que a relação que se estabelece entre as práticas populares e o serviço onde trabalha nem sempre é positiva: “ As práticas de saúde sempre estão presentes nos serviços de saúde. Muitas vezes influenciam de maneira positiva e complementam o trabalho. Em outros casos podem ser um impeditivo, por exemplo, religiões que não aceitam o trabalho em grupo”. Outros 3 entrevistados vêem de forma positiva essa relação. A1 , além de trabalhar no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), treina atletismo no campus da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar e observando esse espaço de trabalho, conseguiu relacioná-lo com o que considera uma prática popular de saúde, no caso uma simpatia: “Olha lá na UFSCar, tem um pé de manga espada, tem que ser de manga espada! Eu treino atletismo lá, você pega as folhas do pé de manga espada, são nove folhas, coloca dentro de um saquinho e coloca dentro da fronha do travesseiro. Na nona noite, você tira as folhas e joga no rio, melhora completamente a labirintite, eu já fiz e deu certo, dá certo, basta ter fé”. A2 comenta que a equipe da Unidade de Saúde onde trabalha está tentando estabelecer uma relação com as práticas populares de saúde: “[...] na Unidade em que trabalho (USF de Água Vermelha), tem uma equipe de residentes e junto com a população montamos uma horta, plantamos na própria Unidade, as pessoas levavam plantas de casa ou pegavam em um terreno que tem perto da UFSCar. O Projeto está um pouco abandonado, mas pretendemos retomá-lo em maio deste ano”. B1 deixa claro que apesar de não haver essa relação no serviço onde trabalha, a equipe têm demonstrado força de vontade para construir uma horta no terreno da USF (Unidade de Saúde da Família) da cidade de Mauá- SP. O entrevistado acredita que esta horta

possa estreitar a relação entre a Unidade de Saúde onde trabalha com a prática popular que se utiliza de ervas medicinais para tratar as doenças. Na horta haverá espaço para cultivo de plantas medicinais que poderão ser utilizadas para fazer chá, pomadas que podem ajudar no tratamento de algumas doenças. C1 afirma que existe a relação, ele diz que em um ambiente hospitalar sempre há preceitos ligados à religião. Relação entre práticas/praticantes e atuação profissional dos entrevistados: Essa relação se apresentou positiva na vida profissional de quase todos os entrevistados, excetuando-se C2, que relatou relacionar bem pouco as práticas populares com sua atividade profissional. Os demais relataram que costumam mencionar as práticas quando na interação com os usuários ou outros profissionais dos serviços e que passam adiante o respeito por cada uma delas no ambiente de trabalho: “Eu sempre passo informações à diante. Se eu faço alguma coisa que dá certo pra mim, eu passo para as minhas alunas. [...] Pessoa que faz atividade física geralmente tem esporão, é terrível, pega no músculo, no nervo, sei de um remédio natural [...]. Ao passar do tempo o esporão some e não volta mais, a pessoa nem precisa de cirurgia! Sempre passo isso para as alunas. (A1)”; “[...] eu detesto falar sobre medicamentos, quando faço consulta de enfermagem, procuro resgatar no histórico se as pessoas fazem uso de alguma prática, se têm religião, se eu conheço a propriedade de alguma planta eu costumo citar, não posso prescrever porque não tenho curso de fitoterapia, mas posso recomendar. Faço o possível para que as pessoas não se prendam aos medicamentos, explico que eles atuam no momento da dor, mas que não são os únicos responsáveis pela cura e que podem trazer conseqüências desagradáveis em longo prazo. (A2)”; B1, farmacêutico também não se prende à recomendar medicamentos industrializados: “Procuro orientar as pessoas em direção a sua autonomia, isso inclui trazer o seu conhecimento e prática diária para tentativa de solução de um problema de saúde.” B2 trabalha com serviço social e acredita que existe forte relação entre as práticas populares e seu serviço: “O Serviço Social luta pelo respeito à diversidade, desta forma procura valorizar e respeitar as diferentes práticas populares e a relação da influência da cultura e dos costumes no processo saúde doença”. C1 além de enfermeiro trabalha como professor, no cargo de enfermeiro procura fazer a relação, porém percebe-se que essa relação se torna mais sólida quando assume o papel de professor: “[...] eu como professor procuro passar sempre o respeito pelas práticas populares, digo aos alunos que é preciso que respeitem mesmo que não acreditem [...]”. Barreiras que dificultam a inserção e o diálogo entre as práticas de saúde biomédicas e as populares. Em sua totalidade os sujeitos da pesquisa disseram que as barreiras são muitas e todos acreditam que a dificuldade em aceitar as práticas populares está justamente nas pessoas que são dotadas de saberes biomédicos, ou naquelas que ainda priorizam o papel do médico com exclusividade. Três entrevistados explicitaram que as barreiras estão dentro da formação profissional. A1 relata que as barreiras existem, muitas pessoas não respeitam as práticas populares, não acreditam nos resultados. Ele também diz que os médicos não dão importância às práticas populares. O entrevistado teme dar sugestões de simpatias à algumas pessoas, pois muitas não acreditam nos resultados e recorrem ao médico que banaliza qualquer tratamento popular. A2 acredita que não só os trabalhadores da saúde, mas também a população da cidade de São Carlos tem uma visão muito

médico-centrada, ela também relata dificuldades em romper essas barreiras, diz que sozinha dificilmente conseguirá mudar a visão da equipe e da população com quem trabalha: “[...] em São Carlos o atendimento é muito médico-centrado. Não só os profissionais que já trabalhavam na Unidade, mas a própria população vem ao posto exclusivamente em busca de medicamentos, querem consulta médica e remédios. Teve um paciente que se apresentou como Sr Voltarem, pois disse que o medicamento era ótimo e que ele já estava acostumado ir lá para busca de Voltarem”. O cientificismo é apontado por B1: “[...] a principal barreira é o cientificismo, muitas práticas não têm respaldo não possuem estudos (pelo menos com a rigorosidade científica) ou a forma de se aplicar a prática é muito variável de pessoa para pessoa, o que a torna sem um padrão claro (veja que esse rigor vem da minha formação e também se encontra em outros vários profissionais de saúde)”. Para B2 a prática biomédica valoriza o saber médico e os medicamentos, desvalorizando o contexto social no qual está inserido o indivíduo. Dessa forma, coloca uma barreira nas crenças daquela comunidade ou não permite a união entre os dois serviços, o que para ela seria o ideal. C1 relatou em sua fala além da questão do cientificismo e da formação, uma barreira importante que não fora citada pelos demais: “Existem sim, muitas barreiras. Uma delas, em primeiro lugar, é a falta de funcionários no serviço, o que te obriga a ser mais sucinto e objetivo [...]”. C2 diz que uma barreira que existe é o saber centrado na biomedicina. Conhecimento das Práticas Populares de Saúde por parte da equipe de trabalho dos entrevistados. Neste item a intenção era saber se os profissionais que trabalham com os entrevistados são conhecedores das práticas populares de saúde. Como A2 citara em um momento da entrevista, não adianta uma só pessoa da equipe defender o respeito pela prática. Ninguém trabalha sozinho, há sempre uma equipe que trabalha junto, cada membro dessa equipe tem uma formação diferente, valores diferentes. Portanto é preciso investigar primeiramente se toda a equipe é conhecedora das práticas populares de saúde. Cinco entrevistados dizem que ao menos parte da equipe conhece sim as práticas populares de saúde. Dois entrevistados (B2 e C1) deixam claro que as pessoas conhecem sim, porém que não valorizam. A2 relata que pessoas que trabalham com ela não só conhecem, mas se aproximam das práticas populares: “[...] tem uma dentista que está fazendo um curso de cromoterapia e de acupuntura, eu mesma faço uma especialização em acupuntura. Uma auxiliar de enfermagem ajuda no projeto da horta e outra auxiliar também faz curso de acupuntura. Tem também outra enfermeira que pratica e segue uma religião. Além de conhecer, diz B1, muitos são adeptos, porém acreditam que a indicação dessas práticas pode tirar um pouco da credibilidade acadêmica de C1 diz que apesar de a maioria das pessoas com quem trabalha serem advindas de um ambiente hospitalar, dotado de cientificismo, há os que conhecem e mencionam as práticas populares: “Os auxiliares e técnicos são muito médicos-centrados, mas tem os que acreditam, que acham que pode dar certo. A mais comum é a prática religiosa, é muito forte, transcende o espiritismo, o terreiro de umbanda, candomblé, centro de macumba. A classe mais “pobre” comenta muito disso”. Relação entre o conteúdo do curso de Práticas Populares de Saúde e a atual prática profissional dos entrevistados: Neste item procurou-se verificar se os ex- alunos do curso de extensão “Práticas Populares de Saúde” da UFSCar fazem relação entre o conteúdo do curso

com a atuação profissional. Quatro entrevistados afirmaram que a relação existe e que sempre procuram relacionar o que aprenderam no curso com a atividade profissional, como refere A1: “ Quando faço visitas domiciliares procuro perguntar se fazem uso de práticas populares. Pergunto o que estão usando na ferida, há pessoas que usam açúcar, fumo. Certa vez uma mulher estava cuidando de uma úlcera de pressão com abacaxi. No começo ficamos apreensivos, então fomos buscar na literatura e há relatos de que o caroço (parte dura do abacaxi), ajuda na cicatrização de úlceras, desde que se faça a troca de curativos de três em três horas [...] Essa relação é muito legal para agente estar buscando propriedades novas. Tenho maior conhecimento dessas práticas por causa do projeto que participei e pelo curso. (A2)”. A2, além de freqüentar o curso, participou de outras atividades do Projeto MAPEPS (Mapeamento e Catalogação Inicial de Experiências de Práticas de Educação Popular e Saúde). Avalia que essa amplitude de experiências durante sua graduação ampliou-lhe o conhecimento sobre as práticas populares. Duas pessoas (B1 e C2), disseram que a relação do conteúdo do curso com suas respectivas atuações profissionais é pouco aparente, apesar da abertura para tais práticas, como relatado por B1: “Infelizmente pouco, porém me considero aberto e antenado para começar um diálogo, aproximando as práticas da saúde formalizada”. Relevância do conteúdo abordado no curso Práticas Populares de Saúde para maior compreensão e aceitação das práticas pelos entrevistados. Procurou-se identificar se um curso de extensão, como o que foi ministrado, propiciaria maior aceitação e quebra de preconceitos dos seus participantes em relação às práticas populares de saúde. Todos os entrevistados responderam que o curso ajudou muito no conhecimento, na quebra de preconceitos e para uma maior aceitação em relação às práticas populares de saúde. A abertura para ouvir e respeitar, mesmo discordando de algumas especificidades das práticas, como relata A1: “Sim, ouvi e tentei aproveitar ao máximo. Houve divergências, eu até poderia contestar, mas não contestei; algumas coisas que o pastor disse não condisse, mas o interessante é saber respeitar e ouvir.” Além da quebra de preconceitos, A2 relata a abertura à outros horizontes profissionais: “[...] se não fosse o curso e o projeto, talvez eu não teria uma formação tão ampla, não estaria fazendo curso de acupuntura [...].Foi a partir do curso que conheci outras religiões, centro de umbanda, quebrei muitos preconceitos que eu tinha. As leituras que fiz me ajudaram muito no conhecimento das práticas. Hoje consigo ver claramente o quanto isso me ajudou a trilhar o caminho no qual me encontro. (A2)”. Na relação com a população, os entrevistados avaliam que o curso também colaborou, ampliando o significado do cuidado ao usuário e o conhecimento sobre outras culturas, o que facilitou a relação com a população atendida. “Sim, com certeza [...] O curso foi bom não só porque ajudou a aprender, mas porque quebrou mitos, despertou o interesse para pesquisas e tendências futuras [...] me ajudo valorizar a cultura dos outros , temos o costume de valorizar muito o que sabemos, julgamos que os mais simples não sabem nada, no entanto o curso me ajudou a perceber o quanto estes tem para nos ensinar. Aprendi a valorizar a cultura popular que respeita as raízes da comunidade. (C1)”. O uso do referencial teórico das Racionalidades Médicas descrito por Luz²⁰ durante o curso foi apontado como ponto positivo, pois auxiliou o entendimento e sistematização das práticas. Sugestões para facilitar o conhecimento e o diálogo

com as Práticas Populares de Saúde: Neste item os entrevistados tiveram a oportunidade de dar sugestões que possam facilitar o conhecimento e o diálogo com as Práticas Populares de Saúde. As sugestões foram bastante diversas: aprender a ouvir o próximo, respeitar seus costumes; buscar conhecer a religião do próximo e respeitá-la; criar espaços para trazer praticantes populares de saúde ou pesquisadores da área para dentro do serviço de saúde, nas reuniões de equipe, por exemplo; estimular e sensibilizar a equipe de saúde para este tema; C1 dá várias sugestões: “Em primeiro lugar cursos para formação, abordando a importância dos tratamentos alternativos que por si só podem não curar, mas potencializam o tratamento. Em segundo lugar, a inserção de grupos nas Unidades de Saúde, grupos de mentores espirituais, de grupos que falem da importância do cultivo de plantas, incentivar dar ervas nas farmácias da Unidade, chás e fitoterápicos. Identificar em cada usuário se o mesmo tem religião e de acordo com cada uma dizer: Olha, o Sr. Pode tomar um passe no centro, ou ir à missa aos domingos”. O entrevistado também sugere para abordar a questão, a construção de Genograma e Ecomapa (instrumentos utilizados pelo Programa de Saúde da Família para caracterização das famílias, para investigar as relações afetivas, as preferências, hábitos e cultura de cada membro da família.). “As pessoas só são reconhecidas por sexo, idade, deveriam ser reconhecidas por suas culturas, seus valores... Se as pessoas gostam de nadar, deveriam construir piscinas, se gostam de caminhadas, pistas de caminhada. É uma parceria da prefeitura com todos os órgãos. Construir capelas, igrejas, etc. (C1)”. Possibilidades de ações à curto, médio e longo prazo para o diálogo do serviço com as Práticas Populares de Saúde: Foi pedido aos entrevistados que discorressem e sugerissem neste item ações de curto, médio e longo prazo, que poderiam ser facilitadoras para o diálogo entre o serviço onde trabalham e as práticas populares de saúde. As sugestões foram: Curto prazo: Pensar em estratégias que possibilitem o diálogo; criar espaços para discutir conceitos de práticas populares de saúde no serviço; sensibilizar a equipe quanto à importância dessa temática; Médio prazo: Fazer com que a equipe se aproprie dos elementos das práticas populares, aproximar os praticantes da equipe a fim de aconteçam trocas de experiências e quebra de preconceito em relação às práticas populares; aplicar as práticas alternativas como já é feito através da Terapia Comunitária nas USF- Unidades de Saúde da Família e outros serviços; Longo prazo: Esperam que todas as ações aconteçam e que gerem efeitos; que o saber popular se una com o biomédico, que a população seja autônoma para de fato poder escolher entre as formas de ajuda disponíveis a que mais lhe traga confiança e felicidade. C1 tem um parecer diferente, pondera que muitas pessoas ainda querem e gostam de receber prescrições de medicamentos, ele diz: “Enquanto docente já valorizo as práticas populares, sempre buscamos dar orientações. Como enfermeiro, só consigo ver em longo prazo, eu faço a minha parte, transformações vão ocorrendo aos poucos”. A partir desses relatos, fica evidente que a maior parte dos entrevistados defende a ideia de que é primordial sensibilizar a equipe e os membros do serviço em que trabalham sobre o tema que envolve as práticas populares de saúde. Com a equipe sensibilizada, talvez fique mais fácil estabelecer o diálogo entre o serviço e tais práticas. Avanço das ações propostas no curso: Nos últimos encontros do curso de extensão Práticas Populares de Saúde, os alunos têm como atividade propor ações para facilitar

o diálogo entre serviço e práticas populares de saúde. Apesar de as propostas serem lembradas por 3 entrevistados, 5 deles responderam que procuram inserir de uma forma ou de outra a temática das práticas populares em suas atividades profissionais. Isso não significa que conseguiram avançar nas ações, mas mostra que mesmo não conseguindo colocar em prática, as ações não perderam a importância aos olhos dos entrevistados. Trabalho em horta é mencionado por dois entrevistados, A2 e B1, neste último com a colaboração entre os usuários e a equipe atual, já que ele se transferiu dessa unidade. Este entrevistado considera que este seja um avanço pequeno, ressalta ainda que as ações que propôs foram audaciosas, porém pertinentes e realizáveis. C1 tem dificuldades em implantar as ações. Acredita que seria necessário um momento de capacitação da equipe, sensibilização para o tema, porém segundo ele, falta tempo para que esse momento aconteça como enfermeiro, ele se sente sobrecarregado, o tempo é escasso, ele não consegue um momento com a equipe para falar sobre o assunto das práticas populares de saúde. Apenas B2 afirma que não pôde avançar, pois não trabalha mais na área da saúde, acredita que em seu atual ambiente de trabalho não há razão para implantação das propostas. Ela está trabalhando como assistente social em uma Associação de Plantadores de Cana. C2 diz não se lembrar das ações, porém acredita que o curso tem influenciado em seu projeto na comunidade, disse que é uma exigência para o programa de residentes. Sugestões e recomendações para as próximas ofertas do curso: Uma preocupação dos coordenadores do curso de extensão Práticas Populares de Saúde da UFSCar é quanto à organização e seleção dos participantes do curso. Desta forma foram pedidas aos entrevistados sugestões e recomendações para as próximas ofertas do curso. Várias sugestões e recomendações foram trazidas pelos entrevistados: Sugestões: Quatro entrevistados sugeriram que seria interessante trazer mais praticantes para dar palestras no curso. Mais de um entrevistado relatou que foi desagradável a ausência de um dos palestrantes no curso. O palestrante não compareceu como deveria ter ocorrido pelo cronograma e os alunos foram dispensados. Apareceram sugestões para que os organizadores do curso tenham sempre um plano B para ser utilizado em situações como essa. Também sugeriram a possibilidade de um encontro entre ex- alunos para troca de experiências. A2 fez as seguintes sugestões: “ O curso é dado em sala de aula, com carteira e lousa, nós da academia estamos acostumados com esse ambiente, mas o praticante muitas vezes não tem escolaridade, se assusta com esse formato de palestra, às vezes não sabe ler. Acredito que as rodas devem ser mantidas, mas talvez os encontros pudessem ocorrer fora das salas de aulas, talvez em outro espaço, ao ar livre, tudo para deixar o praticante mais a vontade. Poderíamos deixar o praticante ir conversando primeiramente sobre outros assuntos para que quando ele se sentisse livre e preparado iniciasse a conversa sobre sua prática, para não deixá-lo constrangido”. No geral percebe-se que os entrevistados gostam muito dos encontros em que os praticantes estão presentes, por isso foi unanimidade nas sugestões aumentar as palestras e trazer mais diversidade de práticas para os encontros do curso. Recomendações: Os seis entrevistados responderam que recomendariam o curso especialmente para profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) que trabalham em Unidades de Saúde da Família e também em outros serviços de saúde. Além disso, recomendariam para pessoas que desconhecem a temática das

práticas populares de saúde a fim de que pudessem conhecer melhor e quebrar os preconceitos em relação ao assunto. C1 acredita que o curso não deva ser oferecido à alunos de graduação, pois estes podem estar preocupados com o ganho de certificados e horas extracurriculares e podem não se atentar aos verdadeiros objetivos do curso. DISCUSSÃO: O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou confirmar a menção de práticas populares de saúde por parte dos usuários do serviço de saúde. O trabalho de Barbosa et al¹² também afirma que muitas pessoas recorrem às crenças e práticas de saúde oriundas da cultura popular como recursos destinados à manutenção da saúde ou cura de doenças. Um dos motivos para isso é apontado por Alvim e Ferreira¹¹: as pessoas criam resistência às práticas oficialmente instituídas à medida em que elas não atendem suas necessidades. A maior referência de práticas populares de saúde feita pelos entrevistados foi o uso de ervas e plantas medicinais pelos usuários. Veiga Junior et al¹⁰ relatam que a utilização de plantas com fins medicinais para prevenção, tratamento e cura das doenças é uma das práticas de saúde mais antigas da humanidade. O estudo desses autores revela que existem obstáculos na utilização da medicina alopática pelas populações mais empobrecidas, que vão desde o acesso aos centros de atendimento até a obtenção de exames e medicamentos. Em contrapartida a grande tradição aliada ao fácil acesso às plantas medicinais, contribuem para sua utilização pelas populações dos países em desenvolvimento. As práticas religiosas são bastante referenciadas, pois, como afirma Vasconcelos¹⁴, entre os usuários do serviço de saúde há um grande reconhecimento da importância da vivência religiosa no enfrentamento das crises pessoais e familiares que acompanham as doenças mais graves. A própria história do Brasil revela que vários grupos religiosos têm importante papel no enfrentamento dos problemas de saúde, por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia (a primeira rede de atenção hospitalar no país), Pastorais da Saúde e da Criança, ritos afro-brasileiros que contribuíram para a sobrevivência dos escravos, além de práticas de cura de igrejas pentecostais. Segundo esse mesmo autor são numerosos os grupos de vivência de reflexão religiosa entre os profissionais de saúde, mas o reconhecimento destes papéis da vivência religiosa na saúde acontece na vida popular e na vida privada dos profissionais de saúde, longe dos debates médicos, dos centros de formação profissional e de pesquisa. Os próprios entrevistados, de maneira geral disseram que já tiveram contato com práticas populares, em especial com ervas, benzimento e espiritismo. Para Barbosa et al²¹ a religião, dentro de um contexto cultural assume importante papel no processo saúde-doença. Quando o ser humano vivencia a doença se depara com situações-limite e a religião assume o papel de facilitar a compreensão do inexplicável e a aceitação do antes impensável. Do contato com as práticas populares de saúde ao diálogo entre essas práticas e as do serviço, porém, ainda há um desafio. É preciso atentar-se que: “O diálogo é uma exigência existencial, ele é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito em outro [...] Não há diálogo se não há humildade. [...] A auto-suficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não tem humildade ou a perdem não podem aproximar-se do povo. [...] Neste lugar de encontro não há ignorantes absolutos nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.^{17:45,46”} . Pela

análise das entrevistas, ficou claro que os entrevistados conseguem ver relação entre as práticas populares e suas atividades profissionais, porém que ainda não foi possível estabelecer diálogo (no conceito acima) com essas práticas no serviço devido algumas barreiras. Uma delas é a formação profissional. Três, de um total de quatro entrevistados, explicitaram que aspectos da formação profissional acabam se apresentando, se não como a principal, como uma das mais importantes barreiras para a construção do diálogo entre as práticas populares de saúde e aquelas dos serviços. Referiram que os cursos da área da saúde não contemplam a temática das práticas populares de saúde em suas disciplinas. Disseram que a dificuldade em aceitar as práticas populares está justamente nas pessoas que tem formação profissional voltada para o cientificismo, nas que são dotadas de saberes biomédicos, ou naquelas que ainda priorizam o papel do médico com exclusividade. Segundo Vasconcelos¹⁴ o surgimento e a consolidação da medicina científica com a modernidade, tornaram hegemônico o modelo de explicação do ser humano, de suas doenças e de suas estratégias de cura, descrito como modelo biomédico. No modelo biomédico, a razão tornou-se o único instrumento aceito como legítimo, capaz de levar ao progresso e ao bem estar; as percepções oriundas dos sentimentos, da intuição, da vivência religiosa foram desvalorizadas. Este modelo trouxe para a cultura ocidental que só é racional o que provem da ciência e pode ser comprovado experimentalmente e estatisticamente. Dentre os 65 profissionais de saúde e estudantes que participaram das três edições do Curso de Práticas Populares de Saúde, nota-se uma participação intensa de estudantes e profissionais de enfermagem sendo esta categoria representada por 25 pessoas dentro das três edições do curso. Não apareceu entre os egressos do curso de Práticas Populares de Saúde, que participaram desta pesquisa, nenhum estudante ou profissional de medicina. Novamente a formação pode ser analisada para compreender-se essa procura diferenciada por profissional. Ristow²² em estudo de pós-graduação que questiona a formação do médico no século XXI trouxe que o capitalismo, o desenvolvimento científico e tecnológico proporcionados pela ciência contribuíram para o afastamento da visão holística da medicina, em favor de uma medicina segmentada, centrada na doença e não no indivíduo. Esta tendência se fez presente em grande parte dos cursos de medicina, formando médicos com uma visão humanista questionável. Durante as consultas há pouco diálogo entre médicos e usuários e informações importantes como ansiedade, medo, causas das doenças acabam não sendo discutidas. A pesquisa de Oliveira et al⁶ traz uma outra barreira que não a formação profissional para explicar as dificuldades em se estabelecer o diálogo entre práticas populares e biomédicas: os gestores limitam a conduta dos profissionais de saúde a vários trabalhos burocráticos e a números como a quantidade de pacientes atendidos no mês e se esquecem de incentivar atividades de educação em saúde, além de não fornecerem a infra-estrutura necessária para que essas atividades aconteçam. Questões como essas contribuem para que o serviço se estruture em torno de um modelo médico-centrado e de medicalização. Um dos entrevistados avalia que as pessoas vão à unidade para serem atendidas por médicos e esperam ser medicadas. Franco²³ acredita que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelos mais comprometidos com os projetos médico-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas. A formação em serviço:

Estar trabalhando foi um fator levado em consideração no momento da escolha dos entrevistados. Todos têm curso superior completo, porém a formação básica, segundo eles próprios relataram, não contempla a temática das práticas populares de saúde, desta forma, faz-se necessário, para esse pequeno grupo, pensar numa educação que se estenda para a vida profissional. O Ministério da Saúde apresenta a Educação Permanente como estratégia de reestruturação dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo, de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem. Portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor.²⁴ Na opinião dos entrevistados, cursos de extensão, como o que freqüentaram, é uma estratégia que contribui para o desenvolvimento de educação em serviço. O curso atendeu expectativas da maioria dos egressos à medida que relataram ter aprendido mais sobre as práticas populares, como lidar com elas, e principalmente como quebrar preconceitos e ampliar olhares em relação ao cuidado em saúde. Também trouxe a oportunidade de reflexão e elaboração de propostas de ações que facilitem o diálogo entre as práticas populares de saúde e o serviço. Existem alguns programas implementados pelo SUS, que caminham na direção de educação permanente, como por exemplo: Capacitação e Formação em Saúde da Família (Pólos de Capacitação em Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família); Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae); Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores); Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed); Mestrados Profissionais; Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do Ministério Público para o fortalecimento do Controle Social no SUS, entre outros.²⁴ Talvez seja possível aproveitar essas políticas já implementadas para inserir no serviço o diálogo com as práticas populares, conforme necessidade alertada pelos entrevistados. Mas atentar que um curso muitas vezes ainda não é suficiente, faz-se necessário um espaço para a discussão no próprio serviço. As diretrizes do SUS apontam que este sistema tem um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Nessa direção, para além de cursos, os entrevistados também apontaram a necessidade de haver espaço de discussão na própria USF (Unidade de Saúde da Família), trazendo mentores, conhecedores de práticas populares de saúde no intuito de sensibilizar a equipe. **CONCLUSÃO:** A pesquisa trouxe que são grandes as dificuldades para estabelecer o diálogo com as práticas populares, porém foram poucos os argumentos que justificaram essas dificuldades. Em geral os entrevistados apontaram a formação profissional centrada no cientificismo como a maior barreira que impede a ocorrência do diálogo. A referência bibliográfica realizada ao longo desta pesquisa mostrou escassez de trabalhos que abordam as dificuldades em instituir diálogo entre práticas biomédicas e práticas populares; em sua grande maioria os trabalhos nesta temática apontam a formação profissional e a falta de recursos como sendo os maiores dificultadores

para a institucionalização das práticas populares nos serviços de saúde. Apesar de trazer poucas informações relacionadas às dificuldades em se estabelecer o diálogo entre as práticas oficiais e as do serviço, essa pesquisa conseguiu mostrar pontos em que se é possível trabalhar para a construção desse diálogo: é preciso investir na formação básica, na educação permanente em saúde, criar espaços de discussão na Universidade e no próprio serviço, trazer praticantes para as Unidades de Saúde, para as reuniões de equipe, trazer resultados de pesquisas sobre práticas populares de saúde para comprovarem que a população ainda faz uso das práticas populares e que consideram que elas são de grande serventia para o processo de cura das doenças. Repensar seus conceitos de bem-estar e saúde, na direção de um conceito ampliado, viria a facilitar a quebra de preconceitos e a valorização de práticas populares de saúde. Quando os profissionais sentirem não apenas que a população dá credibilidade às práticas populares, mas também que elas realmente contribuem para o bem estar de muitas pessoas estarão mais abertos ao diálogo com essas práticas e auxiliarão para inserção do diálogo com o serviço. A pesquisa enfatiza muito a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde em relação às práticas populares, mas não podemos nos esquecer que o diálogo é uma via de mão dupla, ou seja, não basta que os profissionais de saúde se abram para o diálogo com as práticas populares de saúde sem que os praticantes populares também estejam abertos para conversar com as práticas oficialmente instituídas nos serviços de saúde, assim é preciso que ambos se esforcem para que o movimento de aproximação seja mútuo e que o diálogo realmente possa acontecer. No projeto mencionado na Introdução deste artigo, os praticantes têm mostrado nas entrevistas uma abertura à esse diálogo, afirmando muitas vezes que sua prática complementa a do serviço, relatando como encaminham os usuários aos serviços de saúde. Por sua vez, estudantes do curso de “Práticas Populares de Saúde” também têm demonstrado abertura à esse diálogo, como ficou evidente nos resultados desta pesquisa. Há em ambos os espaços sociais, seja das práticas populares, seja dos serviços de saúde, pessoas interessadas e disponíveis a esse diálogo, o que nos aponta um cenário bastante propício para sua efetivação. REFERÊNCIAS: 1. Oliveira MW, Montrone AVG, Pinto FGP, Vasconcelos VO, Aquilante AG, Lara EMO, Soares GB, Moraes JV, Silva NRCM, Massari MTR, Trindade JA, Stofel NS, Souza DRP, Luchesi BM, Sasaki LA. Catálogo de Práticas Populares de Saúde de São Carlos □ SP. Volume 1. 1ª ed. São Carlos: EdUFSCar; 2008. 25 p. Disponível em: www.processoseducativos.ufscar.br/catalogomapeps.pdf 2. Oliveira MW, Montrone AVG, Pinto FGP, Aquilante AG, Xavier, FA, Quintana HT, Takaesu RK, Oliveira SF, Alencar VF, Lara EM, Soares GB, Moraes JV, Labella LT, Soares MV, Silva NRCM, Stofel NS, Simeão CC. Catálogo de Práticas Populares de Saúde de São Carlos □ SP. Volume 2. 1ª ed. São Carlos: EdUFSCar; 2008. 25 p. Disponível em: www.processoseducativos.ufscar.br/catalogo-mapeps_v2.pdf 3. Aquilante AG, Oliveira MW, Montrone AVG, Pinto FGP, Quintana HT, Oliveira SF, Xavier FA, Fortes HC, Takaesu RK. Identificação de práticas populares de saúde na região do Jardim Gonzaga, São Carlos – SP. II Simpósio Internacional de Medicinas Tradicionais e Práticas Contemplativas; 17 e 18 de Set de 2010, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. São Paulo: 2010. 4. Silva YF. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. Florianópolis: Papalivro;

2006. 5. Kocher JC. Fundamentos da metodologia científica. Rio de Janeiro: Vozes; 1997. 6. Oliveira ATSA, Moreira C T, Machado C A, Vasconcelos Neto J A, Machado M FAS. Crendices e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa de saúde da família. Revista brasileira em Promoção da Saúde, 19 (1): 11-18, 2006. 7. Iserhard ARM; Budó MLD, Neves E T, Baldke M. R. Práticas Culturais de Cuidados de Mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. Rev Esc. Anna Nery, 2009. 8. Zanatta EA, Motta MGC. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. Revista Gaúcha Enferm, Porto Alegre; 2007. 9. Ministério da Saúde (Brasil), O Papel da Medicina Natural e das Práticas Complementares de Saúde na Consolidação dos Princípios e Diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf 10. Veiga Junior VF, Pinto AC, Maciel AM. Plantas medicinais: cura segura? Quím. Nova (São Paulo). [Internet]. Junho de 2005. Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010040422005000300026&lng=en&nrm=iso> 11. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva Problematizadora da Educação Popular em Saúde e a Enfermagem. Texto Contexto Enferm. (Florianópolis). [Internet] 2007 Abr-Jun; 16(2): 315-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a15v16n2.pdf> 12. Barbosa MA, Melo MB, Silveira Júnior RS, Brasil VV, Martins CA, Bezerra ALQ. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):715-9 SABER POPULAR: sua existência no meio universitário, p. 716. 13. Oliveira MW, Stofel NS. Medicina Popular e a formação prática profissional em saúde. Texto retirado do Trabalho de Conclusão de Curso de Natália Sevilha Stofel, orientado pela Profa Dra Maria Waldenez de Oliveira, 2008. 14. Vasconcelos EM. A Espiritualidade no Cuidado e na Educação em Saúde. In: Vasconcelos EM. A Espiritualidade no Trabalho em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 13 – 157. 15. Sousa IMC, Vieira AL. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. Ciênc. saúde coletiva (Rio de Janeiro). [Internet]. Dez 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500026&script=sci_arttext 16. Arroyo DMP, Rocha MSPML. Meta-Avaliação de uma Extensão Universitária: Estudo de caso. (Campinas). [Internet]. Jul. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/aval/v15n2/a08v15n2.pdf>. > 17. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. 18. ANEPOP. Articulação Nacional de Extensão Popular. Disponível em:< <http://extensaopopular.blogspot.com/2007/03/anepop-no-iii-eneeps.html>> 19. Ministério da Saúde (Brasil), Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196/96. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc 20. Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: Estudos sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2003. 21. Barbosa MA, Siqueira KM, Brasil VV, Bezerra ALQ. Crenças Populares e Recursos Alternativos como Práticas de Saúde. R Enferm UERJ; 2004; 12:38-43. 22. Ristow AM. A Formação Humanística do Médico na Sociedade do Século XXI: uma análise curricular. (Curitiba). [Internet]. go 2007. Disponível em: http://www.ppgge.ufpr.br/teses/M07_ristow.pdf 23. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface (Botu-

catu). [Internet]. Dez 2007. Disponível em : http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?pid=S141432832007000100023&script=sci_arttext 24. Ministério da Saúde (Brasil), Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>

PALAVRAS – CHAVES: Medicina Alternativa, Medicina Tradicional, Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde.

Oficina: cuidar do outro é cuidar de mim

Simone Maria Leite Batista

Edvan Flor

Suely Correia

Simone Leite

Ilma Bacelar

O trabalho que queremos apresentar no encontro é a nossa experiência enquanto Aneps nas tendas Paulo Freire, quando em anexo as mesmas fazemos sala de cuidados, com lema que cuidar do outro é cuidar de mim, com membros da articulação de vários estados do país, onde oferecemos cuidado aos participantes do eventos onde a sala é organizada, tais como: Massagens, reike, Acupuntura auricular, rezas, Tai chi chuan, entre outros.

Introdução: Em tenda! : Muitas Tendras Paulo Freire são construídas em diversos eventos, pela iniciativa dos coletivos de Educação Popular em Saúde e de diversos atores sociais que se coloca na construção, que vai além de discussões, passa pelas práticas de cuidado (Massagem, Reiki, Rezas, etc.) e continua em encaminhamentos práticos, coletivos e individuais. Assim, torna-se evidente o protagonismo dos que participam, bem como o fortalecimento de suas práticas, uma vez que ali são trabalhadas as subjetividades envolvidas. **Objetivos:** Propiciar as práticas de cuidado nos eventos, através de espaços de discussão participativos e diversos, onde a troca de experiências e de saberes são enfatizadas. O espaço, portanto, integra-se nos eventos, mas com novas cores, pintadas por todos, a partir da vivência que cada um traz do cotidiano no cuidado à saúde; Divulgar a política nacional de práticas integrativas e complementares de saúde, com a perspectiva dos participantes da sala de cuidados serem protagonistas nessa caminhada de sensibilização de gestores, profissionais de saúde e comunidade; **Metodologia:** A sala de cuidados é construída com a organização do evento que nos convida daí acontece troca de informações sobre localização, material necessários, quantas pessoas participaram e estrutura para que os cuidadores possam participar para deslocamento, alimentação e traslado. A atividade integra-se as atividades da tenda de educação popular quando esta está associada, bem como a atividades do evento, complementando e também fazendo a interação com os temas em discussão, onde os cuidadores também participam desses momentos; Também é um momento de interação com as práticas existentes na localidade para propiciar a troca de saberes entre os cuidadores; Foi acrescentado na caminhada o corredor de cuidados onde em fila indiana, todos são cuidados e cuidam do outro. **Resultados esperados:** - Sensibilização dos participantes através das práticas de cuidado; - Trazer para participantes a sensação de bem estar e viver; - Mobilizar para implantação das práticas de cuidado no SUS;- Sensibilizar a academia e gestores para que seja Incluído na formação dos profissionais de saúde a política nacional de práticas integrativas e populares de cuidado.

Dinâmicas educativas na prática do cuidar de enfermagem

Sueley Lopes de Azevedo

Suelen Cristina de Alcântara Pereira

Dalva Marina Motta Fernandes

Arli Cantarino Cortes

Bruno Augusto Corrêa Cabrita

Trata-se de um trabalho desenvolvido no Projeto “Grupos Educativos: uma estratégia multidisciplinar no cuidar/ cuidado ao cliente diabético e hipertenso” no ano de 2012 por bolsistas de extensão da Universidade Federal Fluminense e equipe multidisciplinar da Policlínica Regional Dr. Renato Silva. Os sujeitos foram clientes adultos e idosos, hipertensos e/ou diabéticos. Os objetivos desse trabalho foram: descrever as dinâmicas educativas desenvolvidas no Projeto no ano de 2012 e avaliar o impacto dessas dinâmicas na mudança do estilo de vida dos pacientes.

Introdução: O envelhecimento da população aumentou de forma considerável a prevalência das doenças crônico-degenerativas, que passaram a ser um grave problema de saúde pública. Dentro desse grupo de doenças, a hipertensão arterial sistólica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) chamam atenção devido à complexidade do tratamento e expressiva taxa de morbimortalidade. A Hipertensão afeta cerca de 15% das pessoas com mais de 20 anos e o Diabetes atinge cerca de 100 milhões de pessoas no mundo. A maioria das pessoas tem diagnóstico tardiamente, o que prejudica a condição de saúde e qualidade de vida⁽¹⁾. O Ministério da Saúde implementa estratégias de saúde pública, economicamente eficazes, para prevenir estas patologias e complicações, por meio do cuidado integral ao indivíduo, família e comunidade de forma resolutiva. Através do atendimento multiprofissional identificam-se possíveis agravos no quadro clínico, problemas na assimilação das orientações e direciona-se para o tratamento correto através da educação em saúde. Diante desse quadro, necessita-se desenvolver programas educativos com a clientela com a conscientização dos cuidados especiais para os diabéticos e hipertensos. As práticas educativas são relevantes no atendimento aos diabéticos e hipertensos, na medida em que criam estratégias para um estilo de vida saudável. Essas são fundamentais na prevenção e controle dos agravos, estimulam o cuidado de si garantindo melhor qualidade de vida e maior aderência do cliente. **Objetivos:** Descrever as dinâmicas educativas desenvolvidas no Projeto “Grupos Educativos: uma estratégia multidisciplinar no cuidar/ cuidado ao cliente diabético e hipertenso” no ano de 2012 e avaliar o impacto dessas dinâmicas na mudança do estilo de vida dos pacientes. **Referencial teórico:** A HAS e o DM são doenças crônicas não transmissíveis, altamente prevalentes, de alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo⁽²⁾. Neste contexto, é imperativo que os governos orientem seus sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistên-

cia que estão impulsionando a epidemia de diabetes e da hipertensão, sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade. A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é um importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. A abordagem multiprofissional do indivíduo remete a essa visão holística, reconhecendo a complexidade do seu sistema psíquico e somático que, por isso, necessita de informações complementares dos profissionais de saúde sobre o controle, a prevenção e as complicações da sua doença. Por outro lado, o compartilhamento da responsabilidade terapêutica, entre as várias categorias profissionais, vem contribuindo para seu maior sucesso, principalmente quando a equipe trabalha de forma integrada⁽³⁾. É importante se implementar programas educativos nas unidades de saúde, favorecendo o autocuidado à saúde, prevenindo incapacidades e postergando a morte. Nesta perspectiva, acredita-se que as ações educativas, junto ao paciente, família e comunidade, têm um papel essencial no controle das enfermidades, uma vez que suas complicações estão estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequado e ao estilo de vida saudável. O idoso, em especial, necessita ser estimulado pelos profissionais de saúde a manter uma vida independente, adaptando-se da melhor maneira possível às modificações exigidas para o controle metabólico⁽⁴⁾. Em um estudo sobre educação em saúde participativa voltada para o autocuidado de pessoas com diabetes mellitus, observou-se que a educação em saúde participativa apresentou-se como fundamental estratégia para reflexão e discussão das situações de saúde, levando à tomada de consciência, o que conduziu a um melhor enfrentamento das situações vivenciadas⁽⁵⁾. Considerando que o processo educativo é um processo político, cujos métodos e técnicas devem favorecer a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos, a educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, todavia levar os usuários a refletirem sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão, e sim, como um direito social⁽⁶⁾. Na construção do conhecimento em grupo educativo, fundamentado em uma educação libertadora mediante o diálogo participativo, todos contribuem para a formação do saber, aprendem e ensinam. Não é somente um momento educativo, mas de estabelecimento de laços de amizade e apoio e, até mesmo, de terapia e lazer. Nesse espaço, as pessoas podem falar, serem ouvidas e compreendidas⁽⁵⁾. A prática educativa, que considera o ser humano na construção do processo de cuidado, é uma contribuição à pessoa com diabetes e hipertensão na medida em que torna o autocuidado uma realidade, reduzindo os riscos de desenvolver complicações, que traz repercussões para a autonomia, a qualidade de vida e o bem estar para o indivíduo e de suas família.

Metodologia: Estudo descritivo, qualitativo, realizado no período de abril a junho de 2012, durante os encontros educativos que acontecem nas últimas terças-feiras de cada mês. O cenário foi o auditório da Igreja Batista Betel e a Policlínica Regional Dr. Renato Silva, no bairro da Engenhoca, município de Niterói. Os sujeitos foram os clientes cadastrados no Hiperdia que participaram de, pelo menos, três

consultas de enfermagem e dos encontros educativos. Os dados foram coletados, através da observação participativa, diários de campo, fichas do SIASUS e dados do cadastro do programa HIPERDIA. Nessas atividades enfoca-se a educação em saúde de forma dialética com variadas dinâmicas educativas, principalmente, no que tange à implantação de novos modelos e métodos assistenciais multidisciplinares. Quanto aos aspectos éticos, cabe ressaltar que o mesmo cumpriu as especificações éticas e legais da Resolução 196 /96, do Ministério da Saúde. A análise dos dados foi realizada através de instrumentos de avaliação preenchidos pela equipe e pelos participantes após cada atividade. **Resultados:** Durante os Grupos Educativos foram abordadas as seguintes temáticas pela equipe multidisciplinar: controle e tratamento da hipertensão arterial; climatério: uma realidade vivenciada pela mulher e prevenção de acidentes domésticos. A maioria dos clientes que participaram das dinâmicas tinha idade compreendida entre 60 a 70 anos, eram do sexo feminino, portadores de hipertensão arterial sistêmica e residentes no bairro da Engenhoca. Ao analisarmos as temáticas abordadas e as estratégias educativas implementadas no grupo educativo em relação aos anos anteriores, observamos que houve maior interesse e participação dos clientes nos encontros educativos realizados neste ano. **Conclusão:** Com esse estudo, pudemos evidenciar a importância da educação em saúde, como uma prática para o cuidar em enfermagem na assistência ao cliente hipertenso e diabético. Essa prática torna-se essencial na medida em que permite maior conscientização dos clientes sobre a sua real situação enquanto portador de uma doença crônica degenerativa. O conhecimento dessas doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Neste processo o trabalho de educação em saúde tem um papel de fundamental importância, sobretudo no que tange à adesão ao tratamento. **REFERÊNCIAS:** 1. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, 2005. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 11 jan. 2012. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: MS, 2004. 69p. 3. TORRES, H. C.; HORTALE, V. A. & SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Rev. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4):1039-1047, jul-ago, 2003. 4. TAVARES, DMS, RODRIGUES, RAP. Educação conscientizadora do idoso diabético: Uma proposta de intervenção do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(1): 88-96. 5. COELHO, M.S.; SILVA, D.M.G.V. Grupo Educação-Apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com Diabetes mellitus. Rev. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 5, n. 1, p. 11-15, jan./abr.2006. 6. TOLEDO, M M.; RODRIGUES, S C.; CHIESA, A M. Educação em saúde no enfrentamento da HA: uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-8, abr./jun. 2007.

O cuidar em saúde no espaço domiciliar a partir de uma experiência popular

Susane C. Cardoso da Silva

Íjaly Patrícia

Fabricsia de S. Ferreira

Luana L. Guimarães

Patrícia Serpa de Souza Batista

Este estudo tem o objetivo de relatar a experiência do cuidado em saúde no espaço domiciliar a partir da vivência no projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF). Entrar no ambiente domiciliar de uma família não é tarefa fácil, porém é fundamental quando se almeja conhecer o cotidiano das mesmas e promover a saúde de forma integral. Esta experiência trabalha com o exercício da saúde obtida através da relação dialogada, com um olhar horizontal, solidário, afetivo, valorizando a dignidade humana e a troca de saberes. O PEPASF atua há 14 anos na comunidade Maria de Nazaré em João Pessoa na Paraíba, propiciando uma nova percepção do cuidar, proporcionando oportunidade aos extensionistas de entrar no espaço domiciliar, vivenciar a dinâmica da comunidade e observar a rotina de cada família. Dessa forma, o projeto utiliza a metodologia do diálogo e da problematização, fundamentada pela Educação Popular, onde se pratica a troca de saberes através da dialogicidade e da escuta. O PEPASF desenvolve suas atuações aos sábados, através de visitas domiciliares interdisciplinares às famílias da comunidade, onde os estudantes têm a oportunidade de trocar experiências e criar vínculos com as famílias visitadas. Estas visitas são realizadas por duplas de estudantes de cursos distintos, visando o multiprofissionalidade e obtendo uma visão mais holística do cuidar, favorecendo, desta maneira, a promoção da saúde. Baseado no explicitado, observa-se que o PEPASF proporciona um cuidado em saúde para além da técnica, que é construído através das visitas domiciliares dos estudantes à comunidade, beneficiando ambos. Portanto a integração entre a comunidade e os estudantes faz com que a comunidade reconheça suas próprias dificuldades visando trabalhar sua autonomia através do cuidado diferenciado contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. E o trabalho em saúde com estudantes de cursos diversos permite uma formação humanizada de profissionais com uma visão ampla e autônoma, inseridas em diferentes espaços de atuação sendo aplicadas ao processo de saúde-doença. Inserir os estudantes na comunidade possibilita a percepção e problematização dos fatores que interferem diretamente no cuidar em saúde da população e melhora sua compreensão, tornando-os profissionais mais capacitados.

INTRODUÇÃO: Entrar no ambiente domiciliar de uma família não é tarefa fácil, pois temos que através do diálogo lidar com as diversas dificuldades que encontramos para a nossa inserção no ambiente

domiciliar de cada família, porém é fundamental quando se almeja conhecer o cotidiano das mesmas e promover a saúde de forma integral e não apenas física. Para isso é necessário enxergar cada um dos indivíduos que compõe a família e analisar as complexidades de cada uma das particularidades que há no domicílio, para que dessa forma se possa compreender de maneira coerente e realista, a relação que se tem entre seus integrantes (pai, mãe, filho, irmão...) relação esta que atinge diretamente o bem estar e conseqüentemente a saúde de toda família. Tendo como busca a efetivação do cuidado integral à saúde e a participação com responsabilização do indivíduo no seu processo de cuidado em saúde, percebe-se como é importante a criação de vínculos entre os profissionais da saúde, em formação ou não, e entre as famílias acompanhadas. O vínculo estabelecido entre os citados permite a uma visão amplificada, não observando apenas o individual, mas também o coletivo, não tratando apenas doenças, mas promovendo à saúde. No desejo de perceber como esse vínculo poderia ser construído e efetivado no cotidiano de uma comunidade, visualizou-se que esta construção pode ser melhor concretizada através da educação popular em saúde. A Educação Popular em Saúde utiliza conceitos e metodologias desenvolvidas e sistematizadas principalmente pelo educador Paulo Freire. No setor saúde esta pedagogia trabalha com o exercício do cuidado gestado através da relação dialogada, da horizontalidade, da solidariedade, da afetividade, da valorização da dignidade humana e da troca de saberes, buscando constantemente construir a autonomia dos indivíduos envolvidos nesse processo. Tendo em vista a importância do cuidar em saúde no espaço domiciliar juntamente com a utilização da pedagogia da educação popular em saúde, o Projeto Educação Popular e Atenção a Saúde da Família (PEPASF), lócus dessa experiência, atua há 14 anos na comunidade Maria de Nazaré, em João Pessoa na Paraíba, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O PEPASF busca promover uma nova percepção do cuidar, proporcionando oportunidade aos extensionistas de entrar no espaço domiciliar, vivenciar a dinâmica da comunidade e observar a rotina de cada família. Seguindo nesse processo, o projeto visa formar profissionais conhecedores dos espaços sociais onde se produz saúde, bem como construir um método de empoderamento da comunidade assistida. Nesse contexto, nos motivamos a desenvolver este estudo sobre o cuidado em saúde desenvolvido por extensionistas no espaço domiciliar, com base em nossa experiência no Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família. OBJETIVO: Este estudo tem o objetivo de relatar a experiência do cuidado em saúde no espaço domiciliar, a partir da vivência em um projeto de extensão universitária norteado pela educação popular, o PEPASF. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência realizado por estudantes e professora, extensionistas do PEPASF, acerca das visitas domiciliares desenvolvidas em famílias da comunidade Maria de Nazaré. Para tanto, iniciaremos o relato caracterizando essas visitas domiciliares, seguido de algumas considerações acerca do tema, baseado em nossas vivências nesse contexto. DISCUSSÃO: O PEPASF desenvolve sua atuação aos sábados pela manhã, principalmente através de visitas domiciliares interdisciplinares à famílias da comunidade, onde os estudantes têm a oportunidade de trocar experiências e criar vínculos com as famílias visitadas. Estas visitas são realizadas por duplas de estudantes de cursos distintos, visando à

interdisciplinaridade orientada por práticas multiprofissionais, possibilitando uma visão mais holística do cuidar, favorecendo, desta maneira, a promoção da saúde de forma integral. O diálogo interdisciplinar proporcionado pelo projeto fornece uma enorme troca de saberes, possibilitando, tanto às famílias quanto aos extensionistas, uma ampliação do cuidado em saúde, fazendo com que ambos pensem e encontrem soluções para um mesmo problema identificado na família. Assim, é trabalhada a criação de um elo horizontal, onde é proporcionado diálogo utilizando a saúde como foco principal, na qual estudante e comunidade trazem ambos suas dúvidas, inquietações e soluções sobre o processo saúde-doença. Como projeto utilizamos também a metodologia da problematização, fundamentada pela Educação Popular em Saúde, onde se pratica a troca de saberes através da dialogicidade, da escuta. O projeto também atua juntamente com a comunidade na articulação política em busca de melhorias apoiando os movimentos sociais da mesma, para isso, os integrantes do projeto participam ativamente dos encontros e reuniões em parceria com a comunidade para tratar assuntos dos interesses dos moradores da referida comunidade. É oportuno ressaltar que, conforme Batista (2012), é por ocasião das domiciliares que extensionistas tem a oportunidade de estimular os moradores a participarem das reuniões na Associação Comunitária, para que juntos se articulem politicamente para a conquista de suas reivindicações. Além disso, extensionistas levam para estas reuniões, opiniões e problemas vivenciados por moradores que estão impossibilitados de estar presentes a estas reuniões, contribuindo no apoio as reivindicações políticas comunitárias. É um esforço de mobilização, organização e capacitação das classes populares; é um processo fundamentalmente formativo e potencialmente transformador. Não há nessa um programa preestabelecido de conteúdos a serem ensinados, mas educador e educando se conhecem um ao outro, estabelecendo uma formação própria de suas realidades, interesses e saberes (FREIRE & NOGUEIRA, 2005). Baseado no explicitado, observa-se que o PEPASF proporciona um cuidado em saúde para além da técnica, pois ele enxerga a saúde com um olhar biopsicossocial, ou seja, diagnostica o doente partindo de uma análise conjuntural das questões sociais que é encontrada em sua família para que de fato tenha um diagnóstico real e conseqüentemente um tratamento e melhora eficaz, o qual é construído através das visitas domiciliares dos estudantes à comunidade. Nesse sentido, este projeto contribui para que as ações de saúde aproximem de uma perspectiva da integralidade da assistência, também evidenciando aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, em suas ações de cuidado no contexto familiar. Como refere Vasconcelos (2006), o paciente e sua família demandam uma atenção integral, pois em cada fato social e de saúde, está presente a complexidade da vida em suas múltiplas dimensões. Esse cuidado em saúde dentro do espaço domiciliar, não é tarefa fácil, ela se inicia partindo do processo de construção de vínculo através dos pressupostos apontados pela Educação Popular. Construir vínculo verdadeiro com os indivíduos, as famílias e as comunidades atendidas se dá por meio da real abertura da escuta, e uma escuta atenta, aberta as dores e inquietações do outro. Essa escuta pode tornar-se um instrumento de transformação do profissional de saúde e daquele que se propõe a ser ouvido. Mediante as visitas domiciliares, esta experiência de extensão trabalha com o exercício da saúde obtida através da relação dialogada, com um olhar

horizontal, obtendo dessa maneira, um bem-estar para a população da comunidade, pois os mesmos se sentem valorizados e mais capazes de reivindicarem pelos seus direitos, como também de serem protagonistas das mudanças benéficas da comunidade a medida que vão sendo ouvidos e reconhecidos pelos estudantes, professores, colaboradores, moradores. Em relação aos estudantes, possibilita serem profissionais mais problematizadores e humanizados que participa ativamente da melhoria da saúde dentro da comunidade, não se tornando profissionais mecanizados que praticam seus conhecimentos visando unicamente o benefício capitalista. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A realização desse estudo permitiu observar que a integração entre a comunidade e os estudantes mediante as visitas domiciliares, faz com que a comunidade reconheça suas próprias dificuldades visando trabalhar sua autonomia através do cuidado diferenciado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. As visitas domiciliares possibilitam aos estudantes a percepção dos fatores que interferem diretamente na saúde da população, tornando-os profissionais mais capacitados. Com isso percebe-se que o PEPASF contribui de forma mais crítica e reflexiva utilizando o vínculo como um processo dialógico no cuidado da família no espaço domiciliar, atuando sob uma perspectiva que contempla a promoção da saúde como elemento essencial ao bem-estar da família além de proporcionar aos estudantes extensionistas uma atuação protagonista na construção do conhecimento e de sua própria formação, tendo como base a realidade concreta das classes populares, trabalhando juntamente ao sistema de saúde e à organização dos grupos sociais, numa perspectiva dialógica entre os saberes acadêmicos e populares, com respeito aos aspectos culturais existentes na comunidade. REFERÊNCIAS: BATISTA, P.S.S. Ética no cuidado em saúde e na formação universitária na perspectiva da educação popular. 2012. 196 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. VASCONCELOS, E. M. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: VASCONCELOS, E. M; FROTA, L. C; SIMON, E. (Org.). Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 265-308. FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 30 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. Que fazer: teoria e prática em educação popular. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

A educação popular no trabalho com lideranças comunitárias: uma intervenção psicológica

Suzi Mara Freitas

Amanda Mendes Silva

Marília Batarra Lima

Daniela de Figueiredo Ribeiro

Neste trabalho é descrito a experiência de profissionais da psicologia que atuaram na educação popular através da vivência comunitária em promoção de saúde, que resultou na formação de uma associação de moradores. As intervenções na comunidade tinham como diretriz estimular o desenvolvimento social e o empoderamento, utilizando como referencial de trabalho a abordagem psicodramática, que se preocupa primordialmente com a prevenção e compreensão do indivíduo no contexto em que se insere.

Este trabalho trata-se de um relato de experiência de profissionais da Psicologia que atuaram na Educação Popular, através de uma vivência comunitária de Promoção de Saúde, que resultou na formação de uma Associação de Moradores localizada na periferia da cidade de Franca, SP. A intervenção tinha como diretriz trabalhar o desenvolvimento social e o empoderamento da comunidade, utilizando a abordagem psicodramática que se preocupa primordialmente com a prevenção e compreensão do contexto em que os atores sociais estão inseridos. A atuação na comunidade ocorreu após observação e levantamento das necessidades de antigos líderes comunitários, que verbalizaram suas angústias e dificuldades advindas da não existência de uma Associação de Moradores, demonstrando desejo de reestruturá-la. A partir disto, foram propostas reuniões semanais com moradores interessados em formar uma nova Associação e, após um acordo entre eles, formou-se uma chapa única. Estruturou-se uma nova associação, composta por estilos de liderança diferentes: uma centralizadora e outra que buscava delegar mais as atividades, o que afetou a dinâmica do grupo, gerando conflitos e norteando o trabalho dos profissionais para a resolução dos mesmos. As intervenções realizadas no grupo tinham como objetivo orientar os moradores na compreensão das engrenagens políticas que existem em qualquer contexto, além de prepará-los para os desafios de serem membros de um órgão representativo de interesses diversos. Diante de tais demandas, assumiu-se o compromisso de exercer um papel socioeducativo, no sentido de instrumentalizar e empoderar os sujeitos. O itinerário no bairro, as insurgências, os trabalhos grupais propiciaram encontros com uma nova forma do fazer psicológico e possibilitou vivenciar a interface psicologia-comunidade, sair de si mesmo para ir ao encontro do “Outro”, e ali descobrir a riqueza da relação e do humano, valorizar os saberes comunitários e experimentar, a partir das interferências do momento, relações mais espontâneas.

Educação popular, construção compartilhada e terceira idade

Talita Leite Ladeira

Manuella Barbosa Feitosa

Este trabalho é uma experiência concreta de Educação Popular e Saúde, em um Grupo 3ª Idade, desenvolvido no Estágio Supervisionado em Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Fisioterapia/UFJF. O grupo era desenvolvido duas vezes na semana, com duração de 1 hora e 30 minutos, com participação média de 16 idosos, conduzidos por estagiários de fisioterapia. A atividade era composta por dois momentos: a educação em saúde (EPS) e cinesioterapia. Como objetivo destacamos a educação em saúde como forma de garantir participação, autonomia e auto-reflexividade; manutenção/melhora da capacidade funcional; promoção do envelhecimento saudável; interação social e melhora da qualidade de vida. Para a EPS eram reservados em torno de 40 minutos. Os temas eram sugeridos pelos idosos, no grupo anterior, com o intuito de incentivar a participação ativa no processo de decisão e produção do conhecimento. As escolhas envolviam aspectos ampliados de saúde e qualidade de vida, bem como aspectos mais específicos. Pudemos perceber que, acordando com Valla, a população sistematiza seus saberes de acordo com as vivências pessoais e experiências concretas. É válido destacar dois temas sugeridos: emoções/sentimentos e gripe suína. No primeiro contexto observamos certa estranheza por parte dos estagiários a cerca do que seria a colocação. Percebendo em um contexto mais ampliado de saúde, vimos que a mesma veio por conta da morte da esposa de um dos integrantes. Os colegas queriam, na verdade, preparar-se para recebê-lo novamente no grupo. No segundo, era claro a preocupação do grupo em relação à H1N1, que nessa época era preocupante. Iniciávamos os temas dando voz aos integrantes, incentivando a auto-reflexividade, na medida em que eles escolhiam, se colocavam a pensar sobre, para então debatermos todos. Geralmente usávamos a disposição em roda e dinâmicas, possibilitando interação, criando ambiente acolhedor e dialógico e facilitando o aprendizado significativo por parte do grupo. Isso era desenvolvido na medida em que se estabeleciam vínculos e primava-se pela valorização do outro, possibilitando uma nova construção de senso comum. Fazíamos relação entre senso comum e conhecimento científico, na medida em que, primeiro, conhecíamos o que pensavam e como percebiam o mundo, para depois compreendermos e fazermos nossas considerações. Essa nossa compreensão parte do conhecimento de quem está falando e de suas raízes sócio-culturais-espirituais. O trabalho em grupo na formação de redes sociais, promove a oportunidade para troca de conhecimentos e cooperação entre seus participantes. Através da expressão e confronto de idéias, da formação de consenso e de possíveis ações coletivas, os cidadãos aprendem e exercitam valores e práticas democráticos. A EPS no contexto da APS é importante uma vez que aproxima e estimula a participação efetiva da população, garantindo democratização da informação, reconhecimento dos usuários, por parte dos profissionais de saúde, como sujeitos no processo do cuidado e não somente como objeto de práticas e prescrições e conscientização

quanto ao seu papel real e valorização do saber popular. Este cenário também nos possibilita ampliar nossa visão, na medida em que estamos inseridos ao contexto e realidade deles. Palavras-chave: Educação Popular, Construção Compartilhada e Terceira Idade.

Este trabalho é uma experiência concreta de Educação Popular e Saúde, em um Grupo 3ª Idade, desenvolvido no Estágio Supervisionado em Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Fisioterapia/UFJF. O grupo era desenvolvido duas vezes na semana, com duração de 1 hora e 30 minutos, com participação média de 16 idosos, conduzidos por estagiários de fisioterapia. A atividade era composta por dois momentos: a educação em saúde (EPS) e cinesioterapia. Como objetivo destacamos a educação em saúde como forma de garantir participação, autonomia e auto-reflexividade; manutenção/melhora da capacidade funcional; promoção do envelhecimento saudável; interação social e melhora da qualidade de vida. Para a EPS eram reservados em torno de 40 minutos. Os temas eram sugeridos pelos idosos, no grupo anterior, com o intuito de incentivar a participação ativa no processo de decisão e produção do conhecimento. As escolhas envolviam aspectos ampliados de saúde e qualidade de vida, bem como aspectos mais específicos. Pudemos perceber que, acordando com Valla, a população sistematiza seus saberes de acordo com as vivências pessoais e experiências concretas. É válido destacar dois temas sugeridos: emoções/sentimentos e gripe suína. No primeiro contexto observamos certa estranheza por parte dos estagiários a cerca do que seria a colocação. Percebendo em um contexto mais ampliado de saúde, vimos que a mesma veio por conta da morte da esposa de um dos integrantes. Os colegas queriam, na verdade, preparar-se para recebê-lo novamente no grupo. No segundo, era claro a preocupação do grupo em relação à H1N1, que nessa época era preocupante. Iniciávamos os temas dando voz aos integrantes, incentivando a auto-reflexividade, na medida em que eles escolhiam, se colocavam a pensar sobre, para então debatermos todos. Geralmente usávamos a disposição em roda e dinâmicas, possibilitando interação, criando ambiente acolhedor e dialógico e facilitando o aprendizado significativo por parte do grupo. Isso era desenvolvido na medida em que se estabeleciam vínculos e primava-se pela valorização do outro, possibilitando uma nova construção de senso comum. Fazíamos relação entre senso comum e conhecimento científico, na medida em que, primeiro, conhecíamos o que pensavam e como percebiam o mundo, para depois compreendermos e fazermos nossas considerações. Essa nossa compreensão parte do conhecimento de quem está falando e de suas raízes sócio-culturais-espirituais. O trabalho em grupo na formação de redes sociais, promove a oportunidade para troca de conhecimentos e cooperação entre seus participantes. Através da expressão e confronto de idéias, da formação de consenso e de possíveis ações coletivas, os cidadãos aprendem e exercitam valores e práticas democráticos. A EPS no contexto da APS é importante uma vez que aproxima e estimula a participação efetiva da população, garantindo democratização da informação, reconhecimento dos usuários, por parte dos profissionais de saúde, como sujeitos no processo do cuidado e não somente como objeto de práticas e prescrições e conscientização quanto ao seu papel real e valorização do saber popular. Este cenário também nos possibilita ampliar nossa visão, na medida em que estamos inseridos ao contexto e realidade deles.

O olhar dos profissionais da ESF sobre o uso de materiais educativos na mediação com usuários: relato de experiência na ESF/Quissamã/RJ

Teresa Cristina de Carvalho Lima Neves

Renata Ruiz Calichio

Maria Alice Pessanha de Carvalho

Introdução: Trata-se do relato de uma experiência vivida com um grupo de alunos do curso de gestão da atenção básica, realizado junto a secretaria de saúde de Quissamã, no estado do RJ, em outubro de 2009. O grupo consistia de gerentes/profissionais de saúde da família, de diversas especialidades. O estudo parte mais especificamente do conteúdo ministrado sobre comunicação e saúde, da compreensão dos profissionais sobre essas concepções e da importância da participação popular na elaboração das representações simbólicas e culturais nos materiais concebidos pela secretaria de saúde. Objetivo: Trazer uma reflexão sobre a construção da representação, elaboração e uso dos conteúdos dos materiais de comunicação/educação nas campanhas de saúde no município de Quissamã. Metodologia: Foi realizado um exercício de análise de um cartaz disponibilizado pelo ministério da saúde da campanha nacional de combate a aids de 2008, utilizado em campanhas neste município a partir de um roteiro sucinto para análise de materiais impressos de comunicação/educação. De forma participativa e dialógica, constituímos uma roda para que os participantes apresentassem suas concepções sobre comunicação a partir de pesquisa e reflexão sobre a prática. Muitas concepções surgiram contribuindo para o debate sobre de comunicação/educação e saúde estamos falando. A partir desse roteiro, foi realizado a análise do cartaz disponibilizado pelo ministério da saúde na campanha nacional de combate a aids de 2008 e, utilizado em campanhas no município. O cartaz apresentava o seguinte slogan: “camisinha depois dos cinquenta – experimental!” – com a foto de um homem de meia idade, sorrindo e apontando para sua camiseta que continha os seguintes dizeres: “clube dos entra – sexo não tem idade, proteção também não!” Em formato de “roda”, o grupo discutiu de forma participativa e dialógica o material educativo acima mencionado. Análise: O grupo fez observações pertinentes que apontaram, em geral, para a falta de adequação dos materiais ao contexto local, levantando as seguintes questões: escolha equivocada do personagem de campanha que pelo fato de ser desconhecido do grande público, não facilitava a identificação simbólica e cultural com a comunidade, não contribuindo para a reflexão sobre suas práticas sexuais e uso da camisinha, assim sendo, o grupo percebeu que o personagem mais adequado a essas características para trabalhar temas da saúde, deveria ser um sujeito local, como o seu tido por exemplo – um Sr. que é símbolo de Quissamã, servindo de modelo para materiais vendidos em espaços turísticos da região. Concluiu-se que os profissionais precisam ser sensibilizados para mediação de materiais educativos junto a população local, abrindo espaço para debate aberto e participativo utilizando-se da educação popular como metodologia de

reflexão e aproximação, criando mecanismos para a gestão participativa, incentivando a descentralização efetiva e solidária no sentido de aproximar a saúde da maneira como é vivida e sentida pela população.

INTRODUÇÃO: Trata-se do relato de uma experiência vivida com um grupo de alunos do curso de Gestão da Atenção Básica, realizado junto a Secretaria de Saúde de Quissamã, no Estado do RJ, em outubro de 2009. O grupo consistia de gerentes/profissionais de saúde da família, de diversas especialidades. O estudo parte mais especificamente do conteúdo ministrado sobre Comunicação e Saúde, a compreensão dos profissionais sobre essas concepções e a importância da participação popular na elaboração das representações simbólicas e culturais nos materiais concebidos pela secretaria de saúde. **OBJETIVO:** Trazer uma reflexão sobre o uso e representação e elaboração dos conteúdos dos materiais comunicação/educativos nas campanhas de saúde no município de Quissamã. **METODOLOGIA:** Foi realizado exercício de análise de cartaz disponibilizado pelo Ministério da Saúde da campanha nacional de combate a AIDs de 2008 utilizado em campanhas neste município a partir do roteiro sucinto, para análise de materiais impressos de comunicação/educação apresentado a seguir: questão/problema em foco; intenção do emissor (explícitas/implícitas); direcionalidade (segmentação do público); apresentação (atraente, criativa e esteticamente estimulante); adequação da distribuição dos espaços entre textos/ilustração; qualidade da ilustração-elementos, estratégias de destaque, de redação e de visibilidade (intencional ou não) adequação ao texto; texto – tipo e corpo das letras, favorecimento ou obstáculo à leitura; linguagem utilizada – eminentemente técnica, normativa/imperativa, coloquial, estimulante à crítica e à decisão; conteúdo da informação – excesso, ausência de pontos fundamentais, dubiedade, incorreções, reducionismo e infantilização; estratégias diversas de persuasão, elementos utilizados; apelo à ação, transfere responsabilidade, culpabiliza explícita ou implicitamente; questões éticas- infringe normas, valores e modos de vida e de grupos, Estigmatiza, acena com possibilidade reais ou remotas. De forma participativa e dialógica, constituímos uma roda para que os participantes apresentassem suas concepções sobre comunicação a partir de pesquisa e reflexão sobre a prática. Algumas definições apresentadas foram: Sem diálogo não pode haver comunicação, não há transformação; a comunicação depende da informação/contexto; Comunicar é saber falar para a pessoa na linguagem que ela entenda e também saber escutar; você pode comunicar sem transmitir informação; para haver comunicação é preciso ouvir o que o outro tem a dizer; a recepção, ou seja, o entendimento da comunicação é fundamental; comunicar é mais fácil que transmitir informação; o silêncio também é uma forma de comunicação; importância da capacidade de escuta no ato de cuidar; existência de muitas definições sobre comunicação, mas com ênfase na comunicação humana, ou seja, de um indivíduo para o outro; a comunicação é a capacidade de se expressar, compreender e ser compreendido; depende de uma escuta qualificada e saber interpretar a linguagem corporal; quando a gente não tem interesse, a gente não aprende, a gente só aprende quando a gente se interessa. Foi realizado exercício de análise de cartaz disponibilizado pelo Ministério da Saúde da campanha nacional de combate a AIDs de 2008 utilizado em campanhas no município. O cartaz apresentava o

seguinte slogan: “*Camisinha depois dos cinquenta – experimental!*” – com a foto de um homem de meia idade, sorrindo e apontando para sua camiseta que continha os seguintes dizeres: “*clube dos enta – sexo não tem idade, proteção também não!*” Em formato de “roda”, o grupo discutiu de forma participativa e dialógica o material educativo acima mencionado. ANÁLISE: O grupo fez observações pertinentes que apontaram, em geral, para a falta de adequação dos materiais ao contexto local, levantando as seguintes questões: escolha equivocada do personagem de campanha que pelo fato de ser desconhecido do grande público, não facilitava a identificação simbólica e cultural com a comunidade, não contribuindo para a reflexão sobre suas práticas sexuais e uso da camisinha, assim sendo, o grupo percebeu que o personagem mais adequado a essas características para trabalhar temas da saúde, deveria ser um sujeito local, como o seu Tíde por exemplo – um Sr. que é símbolo de Quissamã, servindo de modelo para materiais vendidos em espaços turísticos da Região. Outras questões abordadas estão: falta de reflexão crítica e apropriação dos materiais educativos, mesmo aqueles produzidos em Quissamã, levando a um desperdício de recursos, que se reflete na abundância de materiais estocados e não utilizados pelas equipes. Concluiu-se que os profissionais precisam ser sensibilizados para mediação de materiais educativos junto a população local, abrindo espaço para debate aberto e participativo utilizando-se da educação popular, criando mecanismos para a gestão participativa e incentivando a descentralização efetiva e solidária no sentido de aproximar a saúde da maneira como é vivida e sentida pela população.

Saber viver é viver com qualidade

Thaís Pereira dos Santos

Izilda Nazaré de Almeida Cordeiro

Roseane Fernandes

Samara de Sousa Lourenço

Agenor Pinheiro Corrêa Filho

Evilásio Segtowich de Oliveira Cardoso

Mário Sérgio Jardim dos Santos

Samara de Sousa Lorenço

Thaís Vulcão Lima

Projeto de ação desenvolvido em prol da comunidade da praia do Vai-Quem-Quer na ilha de Cotijuba visa uma melhora em seus índices de Qualidade de Vida, englobando aspectos de ordem socioambiental que refletem diretamente na saúde coletiva da comunidade. Através destes preceitos e fazendo uso do foco da Educação Ambiental: a Sensibilização. Em conjunto com oficinas elaboradas para atingir o propósito do projeto, programou-se uma rede autonômica para que a dependência dos baixos incentivos públicos reflita cada vez menos na Qualidade de Vida da Vai-Quem-Quer.

APRESENTAÇÃO: O estado do Pará, em 2010, alcançou o 5º lugar no ranking dos estados brasileiros com os piores índices de qualidade de vida no país. O estudo realizado anualmente pela Federação das Indústrias do Rio de Janeiro conclui que o Pará tem dificuldades em progredir (FIRJAN, 2010). Com um nível de desenvolvimento avaliado como Regular, o estado, em relação ao ano anterior evoluiu apenas 1,3% tendo como a pior de suas vertentes em qualidade de vida, a Educação. Em relação à saúde dos paraenses, está acima do quesito Educação, porém em nível nacional é o segundo mais baixo do país. Dispostos destes lastimáveis índices, passa-se despercebida a situação encontrada nas ilhas do estado, que não são inclusas nestes dados estatísticos. Lugares muito mais rudimentares e que carecem também de Qualidade de Vida. Segundo Sahop (1978 apud FEEMA, 1990), Qualidade de Vida são todos os aspectos que se referem às condições gerais da vida individual e coletiva: habitação, saúde, educação, cultura, lazer, alimentação, etc. O conceito refere-se, principalmente, aos aspectos de bem-estar social que podem ser instrumentos mediante o desenvolvimento da infra-estrutura e do equipamento dos centros de população, isto é, dos suportes materiais do bem-estar. Visando alcançar tais aspectos relativos às condições favoráveis de vida em âmbito coletivo, em parceria com a Associação dos Moradores da praia do Vai-Quem-Quer (AMVQQ), situada a 9 km do porto da ilha de Cotijuba, localizada ao norte do Brasil, às margens da baía do Marajó, no estado do Pará. O projeto “Saber Viver é Viver com Qualidade” é um

projeto voltado a melhoria da saúde pública da população do Vai-Quem-Quer, trabalhado através de questões de ordem socioambientais. Definido na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, o processo que confere à população meios para assegurar um maior controle e melhoria de sua própria saúde, não limita-se a ações de responsabilidade do setor exclusivo à saúde (Who, 1992 apud CONASS, 2007). Diante disto, o projeto propõem uma maior autonomia da população em relação a gestão de sua própria qualidade de vida. JUSTIFICATIVA: Vendo a necessidade de incentivar os moradores da praia do Vai-Quem-Quer a adquirirem autonomia em relação a manutenção de sua própria qualidade de vida, o Projeto Saber Viver é Viver com Qualidade, sendo uma iniciativa interdisciplinar envolvendo em concepção disciplinas como Tecnologia Educacional e Processos Linguísticos e efetivamente agregando a Pedagogia com medidas técnicas de ordem sanitária e ambiental, vem apresentar uma proposta de Sensibilização em prol à melhores condições de vida dos habitantes dessa comunidade através da Educação Ambiental. *“Finalmente, o desafio de mudar valores e atitudes está colocado para o conjunto das sociedades. Enfrentá-lo pressupõe crescente responsabilização de todas as pessoas, empresas e instituições em níveis diferenciados. Neste sentido, a Educação Ambiental desempenha um importante papel ao fomentar a participação e discussões sobre nossos estilos de vida, nossas opções cotidianas, as implicações da geração de resíduos, as políticas públicas, dentre outros aspectos. Entendemos que a E.A não é a solução para problemas ambientais, mas um importante elemento para sensibilizar e preparar as pessoas para que busquem as necessárias soluções, em níveis individuais e coletivos, almejando mudanças efetivas nos rumos societários”* (Sudan et al, 2007, p. 245). Qualidade de vida envolve o bem físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos, com o meio ambiente e também a saúde, educação, poder de compra e outras circunstâncias da vida. Por ser uma região onde o turismo ambiental movimentava a maior parte da renda local, vemos a importância de se criar uma consciência de preservação ambiental, mostrando a importância não só em relação ao âmbito financeiro, mas principalmente a melhoria da saúde individual e coletiva. *“Historicamente a reprodução social da ilha estava ligada às atividades de extrativismo, pesca e agricultura. Com o processo de urbanização essas atividades centrais de trabalho tradicional abrem espaço para as atividades ligadas ao turismo”* (Lima, 2004, p. 88). Visamos colaborar na formação socioambiental da população, sabendo a importância do conhecimento teórico aplicado ao contexto local e a vivência dos moradores, incentivando a cooperação, a conscientização e a preservação de seu habitat, pois para o desenvolvimento sustentável, “seus bons resultados dependem exclusivamente de uma consciente e racional ação humana, em relação ao uso dos recursos naturais.” (LIMA, 2004, p. 90). Não somente para seu bem-estar, mas também ao bem-estar coletivo, mostrando uma rede invisível de interdependência existente entre eles. OBJETIVO GERAL: Possibilitar, a partir da percepção dos moradores da ilha de Cotijuba, o despertar da importância de se obter Qualidade de Vida, visando integrar a Educação Ambiental em seus cotidianos através de atividades sócio-educativas ambientais, contribuindo assim, para a consolidação de uma consciência ecológica a todos que lá residem, incentivando-os e capacitando-os a adotarem posturas ambientalmente adequadas a fim de promover uma maior autonomia para que possam chegar a melhores condições de viver. OBJETIVO ESPECÍFICO: Sensibilizar a comunidade quanto às

situações desregulares que não são percebidas com clareza, informando-as medidas mais adequadas a serem tomadas para que possam então, chegarem a um estágio de consciência ambiental. Desenvolver métodos artesanais e de baixo custo para tratamento da água. Favorecer medidas preventivas para o controle de doenças infecto contagiosas. Estimular a integralização comunitária a fim de buscarmos alternativas para amenizar a problemática dos resíduos sólidos. Retratar dinamicamente a concepção sobre preservação ambiental. METODOLOGIA: A pesquisa realizada para a constituição do projeto visou focar um assunto de suma importância para a sociedade, principalmente às comunidades ribeirinhas, a questão da Qualidade de Vida, a qual consiste em um nível significativo de bom funcionamento físico, mental, social e de desempenho nas trocas de relações, incluindo a percepção à saúde e a satisfação com o meio ambiente. Caracterizado em um projeto de ação, voltado para o estudo de campo, pois delimita-se à comunidade da praia do Vai-Quem-Quer, o projeto Saber Viver é Viver com Qualidade foi idealizado por uma equipe de acadêmicos do curso de Licenciatura Plena em Pedagogia da Universidade do Estado do Pará com o objetivo maior de promover a qualidade de vida da comunidade local. O pré-projeto decorreu-se através de visita técnica com o intuito de amadurecer as idéias previstas para a elaboração do projeto final. Em tal visita coletou-se informações, imagens fotográficas e áudio-visuais. Entrevistas semi-estruturadas direcionadas a vários moradores da comunidade, agentes administrativos da ilha, profissionais residentes da ilha, bem como os que moram em Belém e ali exercem suas funções e turistas. Nesta etapa destacaram-se as problemáticas existentes na comunidade, assim como em grande parte da ilha, sendo postas à vista pelos vários atores sociais ali presentes. Em fase de estruturação, o projeto voltou-se a um público adulto, cerca de trinta pessoas, podendo até atingir quarenta participantes que deverão realizar inscrição para participar da aplicação do projeto. Para que haja uma maior comoção e procura de envolvimento com as atividades propostas, realizar-se-á divulgação através de cartazes, faixas e folders atrativos, que possam estimular a participação da comunidade. A aplicação do projeto está dividida em três momentos: Sensibilização: Mostra das imagens coletadas em visita técnica para uma melhor explanação sobre os problemas encontrados com o intuito de promover a comoção do público e despertar interesse sobre sua realidade a fim de transformá-la. Oficinas: Serão realizadas três oficinas que abordam eixos temáticos voltados a promoção de auto qualidade de vida. Oficina 1 (*ver apêndice A*) – tratamento de água – consiste em métodos simples e caseiros como alternativa preventiva à patologias relacionadas a água contaminada. Oficina 2 (*ver apêndice B*) – reciclagem e coleta seletiva – métodos diferentes e criativos para se trabalhar com o “lixo”, conseguindo alcançar o patamar de que é possível chegar ao *status* de consciência ambiental, tendo como a coleta seletiva tanto individual como comunitária, uma forma adequada de armazenamento de resíduos sem agredir o meio ambiente, gerando assim, mais qualidade de vida. Envolvimento: Aplicação de dinâmica para descontração dos participantes e melhor absorção da temática proposta. (*Ver anexo 1*). Para um melhor acompanhamento dos participantes e também como instrumento de apoio posterior, desenvolveu-se uma cartilha demonstrando passo a passo as oficinas aplicadas e que com ela, o indivíduo consiga reproduzir tais medidas em seus lares. Mais uma

vez, contribuindo para alavancar a autonomia da população em detrimento as quase inexistentes políticas públicas voltadas a saúde e ao meio ambiente na região. Ao final das atividades propostas neste projeto, haverá um breve monitoramento com o intuito de avaliar o rendimento dos participantes que se submeteram as atividades. Ocorrerá através de um questionário onde serão medidos resultados imediatos tanto em nível de aprendizagem quanto de desempenho da própria equipe técnica. Após, o monitoramento ocorrerá de maneira coletiva dentre os membros organizadores a fim de melhorar, reparar possíveis erros e analisar o desenvolvimento do plano elaborado para a execução do projeto Saber Viver é Viver com Qualidade. **ORÇAMENTO:** Transporte: Correspondente a visita técnica e a aplicação do projeto. Envolve o transporte hidroviário (Barco CTBel – R\$1,85 meia passagem. Barco “pô-pô-pô” – R\$3,00) e o meio de transporte local (Bondinho R\$3,00). Alimentação: Gasto coletivo. Cada integrante contribuiu com uma parcela única e igualitária de R\$8,00 (aplica-se apenas à visita técnica). Camisas: Houve diferença de preços entre as camisas devido ao tamanho. Divulgação: Consiste em matérias que serão utilizados como instrumento ropagador da realização deste projeto, contribuindo para alavancar a participação comunitária. Tais como: Faixa, cartazes e folders. Materiais: Materiais que serão utilizados durante a execução do projeto. Impressão: Materiais que precisaram ser impressos, inclusive a cópia escrita do projeto: Ficha de inscrição (1 folha), informativo de matérias necessários (1 folha), questionário participativo (2 folhas), cartilha (5 folhas). Xerox: Materiais que precisaram ser xerocados, tais como: Ficha de inscrição: (9 cópias), informativo de materiais necessários (3 cópias), questionário participativo (40 cópias), cartilha (40 cópias). **AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO:** Tais critérios serão obtidos através de questionário participativos após a realização das atividades. Serão monitorados através deste, a organização sócioambiental e infra-estrutural em que a comunidade se encontra antes da aplicação do projeto, o rendimento alcançado pelos participantes através desta iniciativa, suas expectativas quanto ao futuro em relação à Qualidade de Vida, assim como também uma breve avaliação voltada à parte técnica do projeto: integrantes, organização e validade. (*Apêndice C*). **REFERÊNCIAS:** CARVALHO, Anésio R. OLIVEIRA, Mariá V. C. *Princípios básicos do saneamento do meio*. 10 ed. São Paulo: Senac SP, 2003. CONASS. *Atenção primária e promoção da saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. 8 vol. Brasília: CONASS, 2007. DACACH, Nelson G. *Saneamento básico*. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1981. DIEZ, Carmen L. F; HORN, Geraldo B. *Orientações para elaboração de projetos e monografias*. 2 ed. Petrópoles, RJ: Vozes, 2004. FEEMA. *Vocabulário básico de meio ambiente*. 2 ed. Rio de Janeiro: FEEMA, 1990. 246 p. FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Saberes). FUNASA. *Manual de Saneamento*. 3 ed. Brasília: FUNASA, 2006. LIMA, Adilson V. *A sustentabilidade rural na ilha de Cotijuba/Belém/Pará*. Dissertação - Universidade Federal do Pará, Belém, 2004. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 21 de Nov. de 2010. PENTEADO, Heloísa D. *Meio ambiente e formação de professores*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Coleção Questões da Nossa Época; v. 38). SUDAN *et al.* *Da pá virada: Revirando o tema lixo. Vivências em educação ambiental e resíduos sólidos*. São Paulo: Programa USP recicla/ agência USP de inovação, 2007. <www.cotijuba.com>

Acesso em 15 Nov. 2010. <www.combateadengue.com.br> Acesso em 21 de Nov. de 2010. <www.dengue.org.com.br> Acesso em 21 de Nov. de 2010. <<http://www.ebanataw.com.br/roberto/artesiano/index.php>> Acesso em 15 Nov. 2010. <http://www.fazfacil.com.br/materiais/cloro_tratamento.html> Acesso em 07 Nov. 2010. <<http://www.quali.pt/conteudos/curiosidades/sodis-agua-potavel-em-6-horas.html>> Acesso em 07 Nov. 2010. <<http://www.revistaartesanato.com.br/geral/artesanato-com-jornal-cesta/08#ixzz15I8gcAoJ>> Acesso em 01 Dez. 2010.

Acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes assistidas pelo Projeto Reagir – Hospital Piedade – RJ – Brasil

Bossio, T

Rocha, TA

Vargas, L

Menezes, F

Moura, PL

Melo, M

Veggi, AB

Teixeira, MT

Universidade Gama Filho (UGF) – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: A desnutrição constitui-se em um importante marcador de pobreza e as famílias de crianças desnutridas estão expostas a múltiplos fatores que influenciam a sua saúde e qualidade de vida. Estimativas da Food and Agriculture Organization indicam que, ainda neste século, a fome atinge 963 milhões de pessoas no mundo, sendo 1/3 crianças acometidas da forma mais letal de má nutrição, a desnutrição energético-proteica (DEP) (FAO, 2009). No Brasil, apesar da melhoria das condições nutricionais da população infantil, a desnutrição tem ocorrido de forma muito desigual fortemente associado a situação socioeconômica, sendo o problema mais grave nas regiões mais pobres do País (SANTOS, RB; MARTINS, PA; SAWAYA, AL; 2008). A desnutrição caracteriza-se pelo desequilíbrio ocasionado pela ingestão energética insuficiente ou a excessiva perda de substratos pelo organismo, podendo causar danos irreversíveis. São comuns episódios infecciosos, especialmente diarreia aguda, acompanhados de perda de peso e aumento das necessidades nutricionais. A mortalidade é maior em crianças desnutridas comparadas às eutróficas, pois essas têm maior incidência de infecções, maior risco de hospitalização e internações mais prolongadas, gerando custo alto para o setor saúde (LUCAS, 2002). A Associação Reagir - Grupo de Apoio à Criança e ao Adolescente é uma entidade civil, sem fins lucrativos, filiação religiosa ou político-partidária, que tem por objetivo assistir crianças e adolescentes comprovadamente em situação de risco social, em tratamento ambulatorial, no período de internação e após alta do Hospital Municipal da Piedade (HMP) e reestruturar suas famílias – sem distinção de raça, cor, sexo, credo, político ou religioso, de acordo com as prerrogativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ações assistenciais representam elemento determinante no apoio a essas crianças, considerando suas constantes re-internações ligadas diretamente ao retorno às condições de vida que geram a patologia desnutrição ou o agravamento da mesma, estabelecendo o ciclo vicioso: miséria – doença – internação – re-internação – morte, retirando-as do convívio familiar e social, e de suas próprias infâncias. O desafio é interromper tal ciclo por meio do esforço multidisciplinar, que inclui o acompanhamento nutricional das crianças

(diagnóstico, monitoramento nutricional, dietoterapia e educação nutricional). O Projeto Reagir realiza doação mensal de cestas básicas as famílias beneficiadas, composta de alimentos regulares como leite em pó, arroz e açúcar e outros que variam de acordo com as doações recebidas. O curso de nutrição da Universidade Gama Filho foi convidado pela coordenação do Projeto a realizar atividades com as mães e crianças assistidas pela ONG, com o objetivo de avaliar o estado nutricional das crianças para avaliar a eficiência das ações prestadas inclusive a doação de cesta básica. Metodologia: O estado nutricional foi avaliado por antropometria, sendo o peso e altura avaliados. Para medida de peso, foi utilizada balança eletrônica portátil digital, com capacidade de 150kg e sensibilidade de 100g. A altura foi aferida por meio de estadiômetro com extensão de dois metros, dividido em centímetros. Para ambas medidas, foram seguidos os critérios propostos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2004). As crianças foram pesadas e medidas e seu estado nutricional foi classificado pelo índice estatura/idade, peso/idade, IMC/idade e peso/estatura e adotou-se o padrão de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007). Para diagnóstico nutricional foi utilizado o escore Z, sendo considerados os referenciais subsequentes: sobrepeso $>2+2$; eutrofia > -2 e $<+2$; e desnutrição <-2 . Resultados: A prevalência de desnutrição crônica caracterizada pela baixa estatura foi observada em 21% das crianças segundo o indicador estatura para idade. Em relação ao índice o IMC/idade verificou-se risco de sobrepeso em 4% dos adolescentes e eutrofia em 94% dos jovens. Discussão: Por sua íntima relação com a pobreza, a redução à metade da prevalência de déficits de crescimento em crianças menores de cinco anos é uma das metas de desenvolvimento do milênio, assumidas em 2000 pelas Nações Unidas. Esse estudo foi realizado em grupo de alta vulnerabilidade social verificando se prevalência de desnutrição pregressa em cerca de 20% das crianças avaliadas. Déficits de crescimento na infância associam-se a maior mortalidade, excesso de doenças infecciosas, prejuízo para o desenvolvimento psico-motor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta. Apesar de se verificar eutrofia, em grande percentual dos adolescentes, 4% do grupo apresenta obesidade. Esse quadro é reflete o cenário de transição nutricional de nosso país, no qual a presença de desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis coexistem nas mesmas comunidades e muitas vezes no mesmo domicílio. O dilema atual da nutrição caracteriza, portanto, em lidar com situações aparentemente paradoxais como a desnutrição e a obesidade. Conclusão: Desse modo, o projeto Reagir vem direcionando seus esforços não apenas para medidas assistencialistas como é o caso da doação de cestas, mas também para atividades educativas relacionadas a promoção da alimentação saudável (oficinas culinárias, jogos, teatro), por compreendermos que se trata de uma das estratégias de saúde pública de vital importância para o enfrentamento dos problemas alimentares atuais especialmente se é conduzida através de uma abordagem integral capaz de prevenir ao mesmo tempo as doenças e agravos causados pelos déficits nutricionais, reforçando a resistência orgânica as infecções e na redução da obesidade e doenças associadas.

Introdução: A desnutrição constitui-se em um importante marcador de pobreza e as famílias de crianças desnutridas estão expostas a múltiplos fatores que influenciam a sua saúde e qualidade de vida. Estimativas da Food and Agriculture Organization indicam que, ainda neste século, a fome atinge 963 milhões de pessoas no mundo, sendo 1/3 crianças acometidas da forma mais letal de má nutrição, a desnutrição energético-proteica (DEP) (FAO, 2009). No Brasil, apesar da melhoria das condições nutricionais da população infantil, a desnutrição tem ocorrido de forma muito desigual fortemente associado a situação socioeconômica, sendo o problema mais grave nas regiões mais pobres do País (SANTOS, RB; MARTINS, PA; SAWAYA, AL; 2008). A desnutrição caracteriza-se pelo desequilíbrio ocasionado pela ingestão energética insuficiente ou a excessiva perda de substratos pelo organismo, podendo causar danos irreversíveis. São comuns episódios infecciosos, especialmente diarreia aguda, acompanhados de perda de peso e aumento das necessidades nutricionais. A mortalidade é maior em crianças desnutridas comparadas às eutróficas, pois essas têm maior incidência de infecções, maior risco de hospitalização e internações mais prolongadas, gerando custo alto para o setor saúde (LUCAS, 2002). A Associação Reagir - Grupo de Apoio à Criança e ao Adolescente é uma entidade civil, sem fins lucrativos, filiação religiosa ou político-partidária, que tem por objetivo assistir crianças e adolescentes comprovadamente em situação de risco social, em tratamento ambulatorial, no período de internação e após alta do Hospital Municipal da Piedade (HMP) e reestruturar suas famílias – sem distinção de raça, cor, sexo, credo, político ou religioso, de acordo com as prerrogativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ações assistenciais representam elemento determinante no apoio a essas crianças, considerando suas constantes re-internações ligadas diretamente ao retorno às condições de vida que geram a patologia desnutrição ou o agravamento da mesma, estabelecendo o ciclo vicioso: miséria – doença – internação – re-internação – morte, retirando-as do convívio familiar e social, e de suas próprias infâncias. O desafio é interromper tal ciclo por meio do esforço multidisciplinar, que inclui o acompanhamento nutricional das crianças (diagnóstico, monitoramento nutricional, dietoterapia e educação nutricional). O Projeto Reagir realiza doação mensal de cestas básicas as famílias beneficiadas, composta de alimentos regulares como leite em pó, arroz e açúcar e outros que variam de acordo com as doações recebidas. O curso de nutrição da Universidade Gama Filho foi convidado pela coordenação do Projeto a realizar atividades com as mães e crianças assistidas pela ONG, com o objetivo de avaliar o estado nutricional das crianças para avaliar a eficiência das ações prestadas inclusive a doação de cesta básica. Metodologia: O estado nutricional foi avaliado por antropometria, sendo o peso e altura avaliados. Para medida de peso, foi utilizada balança eletrônica portátil digital, com capacidade de 150kg e sensibilidade de 100g. A altura foi aferida por meio de estadiômetro com extensão de dois metros, dividido em centímetros. Para ambas medidas, foram seguidos os critérios propostos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2004). As crianças foram pesadas e medidas e seu estado nutricional foi classificado pelo índice estatura/idade, peso/idade, IMC/idade e peso/estatura e adotou-se o padrão de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007). Para diagnóstico nutricional foi utilizado o escore Z, sendo considerados os referen-

ciais subseqüentes: sobrepeso $>2+2$; eutrofia ≥ -2 e $\leq +2$; e desnutrição <-2 . Resultados: A prevalência de desnutrição crônica caracterizada pela baixa estatura foi observada em 21% das crianças segundo o indicador estatura para idade. Em relação ao índice o IMC/idade verificou-se risco de sobrepeso em 4% dos adolescentes e eutrofia em 94% dos jovens. Discussão: Por sua íntima relação com a pobreza, a redução à metade da prevalência de déficits de crescimento em crianças menores de cinco anos é uma das metas de desenvolvimento do milênio, assumidas em 2000 pelas Nações Unidas. Esse estudo foi realizado em grupo de alta vulnerabilidade social verificando se prevalência de desnutrição progressiva em cerca de 20% das crianças avaliadas. Déficit de crescimento na infância associam-se a maior mortalidade, excesso de doenças infecciosas, prejuízo para o desenvolvimento psico-motor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta. Apesar de se verificar eutrofia, em grande percentual dos adolescentes, 4% do grupo apresenta obesidade. Esse quadro é reflete o cenário de transição nutricional de nosso país, no qual a presença de desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis coexistem nas mesmas comunidades e muitas vezes no mesmo domicílio. O dilema atual da nutrição caracteriza, portanto, em lidar com situações aparentemente paradoxais como a desnutrição e a obesidade. Conclusão: Desse modo, o projeto Reagir vem direcionando seus esforços não apenas para medidas assistencialistas como é o caso da doação de cestas, mas também para atividades educativas relacionadas a promoção da alimentação saudável (oficinas culinárias, jogos, teatro), por compreendermos que se trata de uma das estratégias de saúde pública de vital importância para o enfrentamento dos problemas alimentares atuais especialmente se é conduzida através de uma abordagem integral capaz de prevenir ao mesmo tempo as doenças e agravos causados pelos déficits nutricionais, reforçando a resistência orgânica as infecções e na redução da obesidade e doenças associadas.

Atenção às gestantes e puérperas de uma comunidade à luz da educação popular

Thayana Jovino Oliveira

Maria do Socorro Trindade Morais

Luiz Henrique Fernandes da Silva

Wiliana Aparecida Alves da Silva

Dayse Caetano Beserra Dias

O PROGEP – Projeto de Educação Popular em Saúde na Atenção às Gestantes e Puérperas é desenvolvido na USF Vila Saúde, em João Pessoa por estudantes da área de saúde da UFPB. O projeto usa a Educação Popular em Saúde como uma ferramenta para aproximação e interação entre extensionistas e as gestantes e puérperas da comunidade, onde através de métodos diferenciados como, por exemplo, rodas de conversas e visitas domiciliares, é possível desenvolver uma relação horizontal propiciando uma troca de saberes, em que o conhecimento que as gestantes e puérperas têm é complementado com o conhecimento dos extensionistas. Isto possibilita uma maior motivação e envolvimento de ambas as partes, repercutindo em respostas bastante positivas, onde as gestantes e puérperas obtêm um melhor entendimento sobre a importância do pré-natal, do exame citológico, da amamentação, da alimentação complementar, do momento do parto, dentre outras temáticas e os extensionistas além de também adquirirem conhecimentos, melhoram a autoestima e desenvolvem sua autonomia. É importante destacar que o referido projeto vem contribuindo de forma significativa na construção de um novo olhar dos extensionista sobre a comunidade, famílias e suas necessidades. Esse olhar considera principalmente os saberes, práticas e sensibilidades populares, que articulados com o saber científico produzem novos conhecimentos, além de um profissional versátil e comprometido socialmente.

O PROGEP – Projeto de Educação Popular em Saúde na Atenção às Gestantes e Puérperas é desenvolvido na USF Vila Saúde, em João Pessoa por estudantes da área de saúde da UFPB. O projeto usa a Educação Popular em Saúde como uma ferramenta para aproximação e interação entre extensionistas e as gestantes e puérperas da comunidade, onde através de métodos diferenciados como, por exemplo, rodas de conversas e visitas domiciliares, é possível desenvolver uma relação horizontal propiciando uma troca de saberes, em que o conhecimento que as gestantes e puérperas têm é complementado com o conhecimento dos extensionistas. Isto possibilita uma maior motivação e envolvimento de ambas as partes, repercutindo em respostas bastante positivas, onde as gestantes e puérperas obtêm um melhor entendimento sobre a importância do pré-natal, do exame citológico, da amamentação, da alimentação complementar, do momento do parto, dentre outras temáticas e os extensionistas além de também adquirirem conhecimentos, melhoram a autoestima e desenvolvem sua autonomia. É importante destacar

que o referido projeto vem contribuindo de forma significativa na construção de um novo olhar dos extensionista sobre a comunidade, famílias e suas necessidades. Esse olhar considera principalmente os saberes, práticas e sensibilidades populares, que articulados com o saber científico produzem novos conhecimentos, além de um profissional versátil e comprometido socialmente.

A prática da educação popular em saúde na visãodo extensionista: relato de experiência

Thayana Jovino Oliveira

A participação como extensionista voluntária em um projeto que tem como base a Educação Popular sistematizada por Paulo Freire, possibilitou uma série de mudanças em minha compreensão sobre à educação em saúde. O PROGEP - Projeto de Extensão de Educação Popular em Saúde na Atenção às Gestantes e Puérperas é desenvolvido em uma comunidade periférica e articulada com a Unidade Saúde da Família no município de João Pessoa-PB. Após certo tempo de vivência pude compreender a essência da Educação Popular. As ações realizadas proporcionaram-me o entendimento de que a Educação Popular é uma proposta pedagógica que possibilita a troca de conhecimentos entre o saber popular e científico, onde o conhecimento é produzido a partir do saber e das práticas populares. É um método baseado nos princípios do diálogo, da horizontalidade das relações e do respeito à diversidade cultural. É uma forma democrática de ensinar e aprender, onde todos são protagonistas no desenvolvimento das ações de saúde. Neste sentido, as mulheres passam a compreender a importância de sua participação ativa no processo de gestação, parto e puerpério, bem como da equipe de saúde de seu território. Através desse projeto pude ampliar minha visão sobre o ciclo de vida gestacional e potencializar minha prática em saúde voltada para a realidade social.

A participação como extensionista voluntária em um projeto que tem como base a Educação Popular sistematizada por Paulo Freire, possibilitou uma série de mudanças em minha compreensão sobre à educação em saúde. O PROGEP - Projeto de Extensão de Educação Popular em Saúde na Atenção às Gestantes e Puérperas é desenvolvido em uma comunidade periférica e articulada com a Unidade Saúde da Família no município de João Pessoa-PB. Após certo tempo de vivência pude compreender a essência da Educação Popular. As ações realizadas proporcionaram-me o entendimento de que a Educação Popular é uma proposta pedagógica que possibilita a troca de conhecimentos entre o saber popular e científico, onde o conhecimento é produzido a partir do saber e das práticas populares. É um método baseado nos princípios do diálogo, da horizontalidade das relações e do respeito à diversidade cultural. É uma forma democrática de ensinar e aprender, onde todos são protagonistas no desenvolvimento das ações de saúde. Neste sentido, as mulheres passam a compreender a importância de sua participação ativa no processo de gestação, parto e puerpério, bem como da equipe de saúde de seu território. Através desse projeto pude ampliar minha visão sobre o ciclo de vida gestacional e potencializar minha prática em saúde voltada para a realidade social.

Reinventando a roda – a experiência do encontro da DGTES

Tiago Parada Costa Silva

Carlos Silvan

Arlene Alves

Rodolfo Pimenta

Ilano Barreto

Cintia C. da Silva

Luciano Moura

Patrícia Dantas

Larissa Barros

Luciana Chaves

Luana Miranda

Gabrielle Ferraz

Antônio Maurício

Com o objetivo de avaliar as ações desenvolvidas, tomando como base o período de 2008 a 2011, e construir proposições para o fortalecimento das políticas por ela animadas, para o período 2012 a 2015, a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES, realizou o “Encontro com Articulador@s e Apoiador@s estaduais: fortalecendo o controle social, a humanização e o trabalho no SUS-Ba”. Enquanto componente da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (SUPERH) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), que no estado é a referência para a implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a DGTES anima, em articulação com outros parceiros, o MobilizaSUS, a HumanizaSUS-Ba, e a Gestão do Trabalho. A partir das experimentações do MobilizaSUS, o debate sobre a Educação Popular em Saúde (EPS) tem tomado corpo nessa Diretoria, tendo como importante marco a proposição e implementação da proposta de acolhimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde, em 2011, que contou com os espaços da Tenda Maria Felipa e o Espaço de Cuidado, orientados ética e esteticamente pelas experimentações das “Tendas Paulo Freire”. Neste ano, para o encontro com suas referências nas unidades administrativas e de atenção da SESAB, a DGTES opta pela assunção radical dos princípios da EPS, organizando um evento orientado ética, estética e politicamente pela circularidade, diálogo, cuidado, criticidade e construção coletiva. O símbolo escolhido foi o espiral e a partir dele @s participantes foram convidad@s a vivenciar a reflexão sobre seus fazeres e a proposição de ações, por meio de propostas metodológicas que permitiram a experimentação do sentir, da criatividade, da arte, da cenopoesia, da música, da cultura, do estar com e do fazer com. O encontro foi organizado em oficinas e grandes rodas, dispostas num desenho que articulava o local

e o global, num processo de ação-reflexão-ação. Composto a proposta ético-política do evento, foram organizados a mostra de experiências, a mostra de arte e artesanatos (pautada na economia solidária), o espaço de cuidado e o sarau do SUS. Esse processo culminou na construção de estratégias regionais para o fortalecimento da rede de articulador@s e apoiador@s da DGTES na Bahia, expressas e ligadas por fitas coloridas num grande mapa da Bahia, construído coletivamente sobre bases de papel paraná com pintura, colagens e tarjetas, de onde emergiam realidades locais, referências culturais e contradições. Evidentemente a vivência do encontro proporcionou outras produções cuja mensuração é um desafio a parte, entretanto ela aponta fortemente para a potência da EPS para a construção do inédito viável num ambiente tão enrijecido e orientado à dominação e à esterilidade como o institucional do Estado. Curiosamente, ao assumir signos e ritos que fazem parte de nossa ancestralidade de gente, como o círculo e as cirandas, e ao considerá-los e vivenciá-los enquanto desafio à implementação do novo, podemos considerar que, para a implementação da EPS no espaço espaço institucional, se apresenta o desafio de reinventar a roda.

A DGTES é uma das diretorias que compõe a Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (SUPERH) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Esta superintendência é a referência para a implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PGTES) e, nesta, a DGTES anima, com outras parcerias, o MobilizaSUS, a HumanizaSUS-Ba, e a Gestão do Trabalho. O MobilizaSUS é uma ação estratégica formulada a partir de um grupo de trabalho intersetorial que articulou Saúde, Educação e Ministério Público. Tem a intenção de contribuir com o desenvolvimento de estratégias de Educação Popular em Saúde (EPS) para o fortalecimento da participação popular no SUS-Ba. A política HumanizaSUS-Ba é norteada pelos princípios: autonomia, protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão. Aposta em novos modos de pensar e fazer saúde, propondo para diferentes sujeitos e coletivos o desafio de superar limites e experimentar novas formas de gerir e de cuidar na saúde. A Gestão do Trabalho objetiva contribuir na formulação e implementação de políticas de Saúde que mediem condições de trabalho e a valorização d@ trabalhador@, avançando significativamente no processo de discussão, negociação, formulação e execução da PGTES-Ba. As experimentações do MobilizaSUS e o cenário de reorientação da gestão da DGTES em 2010 contribuíram para que a EPS tomasse corpo nessa Diretoria. A partir de avaliações, oficinas e rodas abertas de diálogo ocorridas no início de 2011, com a intenção de repensar seu projeto político e de gestão, a DGTES reconstruiu sua carta de princípios, com evidente aproximação com a EPS. Nessas sucessivas aproximações, um importante marco é a proposição e implementação da proposta de acolhimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde/Ba, que contou com a Tenda Maria Felipa e Espaço de Cuidado, orientados ética e esteticamente pelas experimentações das “Tendas Paulo Freire”. Neste ano, com o objetivo de avaliar as ações desenvolvidas e construir proposições para o fortalecimento das políticas por ela animadas, a DGTES realizou o “Encontro com [Articulador@s](#) e

Apoiador@s estaduais: fortalecendo o controle social, a humanização e o trabalho no SUS-Ba”, optando pela assunção radical dos princípios da EPS, organizando um evento orientado pela circularidade, diálogo, cuidado, criticidade e construção coletiva. A feitura... Para esse encontro, toda a diretoria se organizou nos arranjos de logística, mobilização d@s participantes, comunicação, metodologia, sistematização e articulação política. Além da equipe de trabalhador@s, contou-se com residentes e ex-residentes multiprofissionais em Saúde da Família da SESAB/Sociedade Hólon/Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, com a estagiária do curso de Graduação em Saúde Coletiva/UFBA e com estudantes do programa PermanecerSUS. Se construiu um desenho geral para o evento e se escolheu um símbolo para contribuir com a orientação ética e estética do encontro: a circularidade do espiral e das mandalas. O método construído foi norteado pela construção coletiva, utilizando as mandalas dos saberes (BRASIL, 2009), objetivando ampliar o diálogo entre usuári@s, gestor@s, e trabalhador@s, possibilitando, na perspectiva da integralidade, a valorização e a integração dos sujeitos, seus saberes e fazeres. Tratou-se de uma proposta teórico-metodológica que visou contribuir na articulação dos conteúdos, intenções e trocas de experiências, orientada pelos princípios do diálogo, da participação e da criticidade (FREIRE, 2011), como também pela sociopoética, valorizando “a arte, a estética, a ética e a poética” (GAUTHIER, 2005) como produção do saber-fazer. De forma geral, o encontro foi organizado em oficinas e grandes rodas, dispostas num desenho que articulava o local e o global, num processo de ação-reflexão-ação, norteado pela amorosidade, problematização, construção compartilhada do saber, voltado a práticas emancipatórias que visavam a construção do projeto democrático popular. Esses processos foram facilitados a partir de rodas de diálogo, conversas dialogadas, construção de cartazes, exposição de pôsteres, mostra de vídeos, expressões artísticas – técnica de pintura, de desenho e audição de música – relatoria e sistematização. Partindo da perspectiva da educação popular, considerou-se a sistematização enquanto uma reconstrução ordenada da experiência, emergindo como uma importante forma de compreensão das experiências vividas individual e/ou coletivamente, resultando em rico material advindo da troca de saberes e do aprendizado mútuos. Além do conteúdo apreendido, a proposta por si só, oportunizou espaços de diálogo, fomentando uma reflexão crítica acerca da *práxis*, valorizando os diversos atores envolvidos no processo e subsidiando as ações e intervenções para redefinição de caminhos. Dessa forma, tomando como embasamento teórico o método proposto por Oscar Jara (2006), se construiu uma proposta de sistematização que para além do registro documental construído como fruto das atividades, propôs a troca de saberes e práticas, espaços para o diálogo, geração de informações e estímulo a reflexões, que poderá servir como embasamento para revisitar caminhos até então trilhados, propor mudanças ou consolidar estratégias e experiências exitosas. A vivência... Como acolhimento inicial foi feito o convite a@s participantes para que construíssem suas mandalas individuais com sementes de forma a vivenciarem momentos de auto percepção e reflexão acerca dos sentidos de circularidade, movimento e totalidade. Após esse momento @s participantes, divididos em grupos, foram convidad@s à imersão no diálogo e na reflexão sobre os saberes, fazeres, limites, potências e desafios na implementação da Gestão

do Trabalho, HumanizaSUS e MobilizaSUS. O resultado foi expresso em espirais produzidos pelos grupos, utilizando técnicas de pintura e colagem. Os debates favoreceram a interlocução entre atrizes/atores distint@s que vivenciam essas políticas em suas microrregiões, identificando aspectos similares ou distintos no que tange as dimensões supracitadas. O dia terminou com uma grande roda de diálogo em que convidad@s da academia e de movimentos sociais contribuíram com uma construção crítica sobre a implementação daquelas políticas, considerando o papel do Estado. O segundo dia iniciou-se com uma prática coletiva de “*Tai Chi Chuan*”. Na sequência, @s participantes foram subdividid@s em 06 grupos de maneira a contemplar a participação de articulador@s e apoiador@s das distintas políticas, divididos por macrorregião do Estado. Nesse sentido, construiu-se um espaço para diálogo sobre “o que nos une”, de forma a sistematizar os desafios, limites e potências tendo como base os debates, sensações, reflexões e sentimentos do dia anterior. Em um novo momento, o grande grupo se reuniu novamente em grande roda para debaterem sobre horizontes viáveis, na perspectiva de articulação dos três objetos, de forma a construírem caminhos possíveis para implantação e implementação das políticas no Estado. No cair da noite tod@s foram convidad@s a se expressarem livremente, durante a vivência do Sarau de arte, cultura e expressão. No último dia, preservou-se a divisão dos grupos por macrorregiões para pensar a construção de estratégias para caminhar até os horizontes propostos. Ao finalizarem as discussões, os sujeitos retornaram à grande roda com o propósito de socialização das construções e elaboração de espirais sobre essas produções, de forma a possibilitar diálogos e interseções entre as realidades e estratégias construídas. Ressalta-se que em todos os momentos de construção nos subgrupos tiveram como propostas de expressões a pintura, a colagem e o desenho, ficando sobre a responsabilidade d@s relator@s a sistematização da linguagem falada. O método proposto também previa o acolhimento, a avaliação escrita e o fechamento com rodas de ciranda. O que também não excluía a liberdade de sua adaptação pel@s facilitador@s do processo, desde que não se distanciassem do propósito inicial. Compendo a proposta ético-política do evento, foram organizadas a mostra de experiências, a mostra de arte e artesanatos (pautada na economia solidária) e o espaço de cuidado (oferta de massoterapia, Reiki e reflexologia). A colheita... Foram identificados como principais limites para o desenvolvimento das três políticas: fragmentação e descontinuidade das ações; dimensionamento ainda incipiente de força de trabalho; insuficiência de recursos financeiros para os objetos das políticas; ambiência inadequada nos espaços de trabalho; resistência ao novo pel@s gestor@s e trabalhador@s; indefinição de prioridades com relação às ações; disfunção da burocracia; precarização dos vínculos e a falta de fomento à Educação Permanente e Educação Popular em Saúde. No que tange às potências, verbalizou-se a intersectorialidade no desenvolvimento e compartilhamento das ações, as mesas de negociação no SUS, a co-gestão dos serviços, como a valorização dos saberes e experiências construídas e a iniciativa do evento para integrar as políticas. Como desafios para implementação dessas políticas surgiram: expectativa de melhor articulação entre atrizes/atores dos diversos níveis de gestão; garantia da implementação e execução das três políticas em nível municipal. Elementos que articulam a participação d@s trabalhador@s em processo decisórios na instâncias do

SUS permearam como desafios a serem superados devida a falta de espaços de diálogo, colaborando na gestão participativa e democrática. Evidentemente a vivência do encontro proporcionou outras produções cuja mensuração é um desafio a parte, entretanto ela aponta fortemente para a potência da EPS para a construção do inédito viável num ambiente tão enrijecido e orientado à dominação e à esterilidade como o institucional do Estado. Curiosamente, ao assumir signos e ritos que fazem parte de nossa ancestralidade de gente, como o círculo e as cirandas, e ao considerá-los e vivenciá-los enquanto desafio à implementação do novo, podemos considerar que, para a implementação da EPS no espaço institucional, se apresenta o desafio de reinventar a roda. **REFERÊNCIAS:** BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Rede de saberes mais educação:** pressupostos para projetos pedagógicos de educação integral: caderno para professores e diretores de escolas. – 1. ed. – Brasília : Ministério da Educação, 2009. FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** 50 ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011. GAUTHIER, Jacques Zanidê. Trilhando a vertente filosófica da montanha Sociopoética – a criação coletiva de confetos e conceitos. In: SANTOS, Iraci dos et al. **Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais** – Abordagem Sociopoética. Ed. Atheneu, SP. 2005. HOLLIDAY, Oscar Jara. **Para sistematizar experiências.** Tradução de: Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. – Brasília: MMA, 2006.

Construção da política estadual das práticas integrativas, populares e complementares de Sergipe: início da caminhada

Tulani da Conceição Silva Santos

Egisalia Maria Santos Alves

Simone Maria Leite Batista

Ernande Valentin Do Prado

André Luiz Baião Campos

Por meio do diálogo entre o Governo do Estado de Sergipe, representado pelo Núcleo de Gestão das Linhas de Cuidado; o Movimento Popular de Saúde de Sergipe (MOPS-SE); a Rede de Educação Popular e Saúde (RedePop); a Pastoral da Criança, as Secretarias Municipais de Saúde da Região Centro-Sul e a Universidade Federal de Sergipe (UFS), realizou-se no Campus da UFS-Lagarto(SE), no dia 16 de novembro de 2011, o I Seminário de Práticas Integrativas, Populares e Complementares de Saúde da Região Centro-Sul de Sergipe. O evento contou com a participação dos movimentos populares de saúde, estudantes, secretários municipais de saúde, representantes da gestão municipal e estadual, profissionais de saúde e usuários dos municípios de Lagarto, Salgado, Simão Dias, Riachão dos Dantas, Poço Verde e Tobias Barreto; tendo como objetivo sensibilizar estes diversos atores para a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS) e a futura Política de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a articulação entre os envolvidos para efetivação das políticas. Através da PNPICS pretende-se contribuir para a construção da Integralidade no SUS e resolubilidade no Sistema, além de estimular a participação popular através dos terapeutas populares e do controle social. Durante o evento foram realizadas oficinas de Fitoterapia, Massoterapia, Reike, Terapia Comunitária, Homeopatia Popular, Tai Chi Chuan, Espiritualidade na Saúde e Acupuntura Auricular. Nas oficinas os participantes puderam conhecer as práticas e discutir dificuldades e potencialidades destas práticas nos municípios. Em todas as oficinas foram elaboradas propostas para a efetivação das PICS nos municípios. Na avaliação final, todas as oficinas apresentaram a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para que conheçam respeitem e consigam trabalhar em parceria com os praticantes de práticas populares. Este fato chama a atenção para ações de Educação Permanente em Saúde que incluam as práticas integrativas na formação dos trabalhadores do SUS. Houve solicitação de alguns grupos para participação da comunidade nas capacitações e a valorização dos terapeutas populares. Além deste ponto, os participantes do seminário revelaram interesse pela implantação efetiva da PNPICS e sugeriram: formação de grupos de trabalho para dar sustentação a essa política; sensibilização/mobilização dos gestores municipais; pautar nas reuniões dos conselhos municipais; articular a elaboração de projetos de Lei Municipal; construção de protocolos terapêuticos e garantia de recursos financeiros. A realização deste evento permitiu uma discussão e aproximação entre o saber científico e o

saber popular. Tem-se pela frente um grande desafio, principalmente no que tange a formação de recursos humanos (profissionais sensibilizados e terapeutas populares) nesta área.

Por meio do diálogo entre o Governo do Estado de Sergipe, representado pelo Núcleo de Gestão das Linhas de Cuidado; o Movimento Popular de Saúde de Sergipe (MOPS-SE); a Rede de Educação Popular e Saúde (RedePop); a Pastoral da Criança, as Secretarias Municipais de Saúde da Região Centro-Sul e a Universidade Federal de Sergipe (UFS), realizou-se no Campus da UFS-Lagarto(SE), no dia 16 de novembro de 2011, o I Seminário de Práticas Integrativas, Populares e Complementares de Saúde da Região Centro-Sul de Sergipe. O evento contou com a participação dos movimentos populares de saúde, estudantes, secretários municipais de saúde, representantes da gestão municipal e estadual, profissionais de saúde e usuários dos municípios de Lagarto, Salgado, Simão Dias, Riachão dos Dantas, Poço Verde e Tobias Barreto; tendo como objetivo sensibilizar estes diversos atores para a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS) e a futura Política de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a articulação entre os envolvidos para efetivação das políticas. Através da PNPICS pretende-se contribuir para a construção da Integralidade no SUS e resolubilidade no Sistema, além de estimular a participação popular através dos terapeutas populares e do controle social. Durante o evento foram realizadas oficinas de Fitoterapia, Massoterapia, Reike, Terapia Comunitária, Homeopatia Popular, Tai Chi Chuan, Espiritualidade na Saúde e Acupuntura Auricular. Nas oficinas os participantes puderam conhecer as práticas e discutir dificuldades e potencialidades destas práticas nos municípios. Em todas as oficinas foram elaboradas propostas para a efetivação das PICS nos municípios. Na avaliação final, todas as oficinas apresentaram a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para que conheçam respeitem e consigam trabalhar em parceria com os praticantes de práticas populares. Este fato chama a atenção para ações de Educação Permanente em Saúde que incluam as práticas integrativas na formação dos trabalhadores do SUS. Houve solicitação de alguns grupos para participação da comunidade nas capacitações e a valorização dos terapeutas populares. Além deste ponto, os participantes do seminário revelaram interesse pela implantação efetiva da PNPICS e sugeriram: formação de grupos de trabalho para dar sustentação a essa política; sensibilização/mobilização dos gestores municipais; pautar nas reuniões dos conselhos municipais; articular a elaboração de projetos de Lei Municipal; construção de protocolos terapêuticos e garantia de recursos financeiros. A realização deste evento permitiu uma discussão e aproximação entre o saber científico e o saber popular. Tem-se pela frente um grande desafio, principalmente no que tange a formação de recursos humanos (profissionais sensibilizados e terapeutas populares) nesta área.

Farmácia viva na escola: uma experiência na Escola Técnica Agrícola Prefeito João Alves dos Santos no Município de Itabaiana, SE

Tulani Conceição da Silva Santos

Viviane Oliveira

Este projeto discute a preservação do conhecimento tradicional por meio da interação dos estudantes com a comunidade, promovendo a tensão dos conhecimentos popular e científico sobre a importância do uso, formas de cultivo e de preparo de plantas medicinais. Trata-se de uma parceria entre o Núcleo de Assistência Farmacêutica do município de Itabaiana e o Programa Municipal de Saúde na Escola (PSE) e visa articular a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e o PSE através da valorização dos detentores do saber popular sobre plantas medicinais, despertando o interesse dos jovens e da comunidade que os rodeia. A escola é um importante ambiente de construção de valores pessoais, crenças e conceitos, maneiras de conhecer o mundo, sendo um privilegiado local para promoção da saúde. Além disso, o PSE visa a articulação entre o SUS e a rede pública de ensino, otimizando espaços, equipamentos e recursos disponíveis. Visando também ampliar o impacto das ações de saúde relativas aos educandos e suas famílias, com enfoque, neste trabalho, para a fitoterapia. Esta, entendida como instrumento terapêutico que integra e complementa as linhas de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). O Projeto passa por várias etapas desde a conversa com a coordenação do PSE para apoio, a aprovação do projeto pelo Grupo de Trabalho Intersetorial (GTT) do PSE no município, e reuniões com a escola para discutir pontos do trabalho. Nas inscrições os alunos expressam o porquê participar deste trabalho e iniciam-se os primeiros encontros. As oficinas trazem aspectos gerais do auto-cuidado com a saúde, levando-se em conta saberes tradicionais populares na construção de conhecimento referente ao uso racional de plantas medicinais. Entende-se que estas ações realizadas na Escola Técnica Agrícola Prefeito João Alves dos Santos, são ferramentas importantes no sentido de sensibilizar os estudantes para a preservação e valorização do conhecimento tradicional em relação ao uso popular de plantas medicinais.

Este projeto discute a preservação do conhecimento tradicional por meio da interação dos estudantes com a comunidade, promovendo a tensão dos conhecimentos popular e científico sobre a importância do uso, formas de cultivo e de preparo de plantas medicinais. Trata-se de uma parceria entre o Núcleo de Assistência Farmacêutica do município de Itabaiana e o Programa Municipal de Saúde na Escola (PSE) e visa articular a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e o PSE através da valorização dos detentores do saber popular sobre plantas medicinais, despertando o interesse dos jovens e da comunidade que os rodeia. A escola é um importante ambiente de construção de valores pessoais, crenças e conceitos, ma-

neiras de conhecer o mundo, sendo um privilegiado local para promoção da saúde. Além disso, o PSE visa a articulação entre o SUS e a rede pública de ensino, otimizando espaços, equipamentos e recursos disponíveis. Visando também ampliar o impacto das ações de saúde relativas aos educandos e suas famílias, com enfoque, neste trabalho, para a fitoterapia. Esta, entendida como instrumento terapêutico que integra e complementa as linhas de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). O Projeto passa por várias etapas desde a conversa com a coordenação do PSE para apoio, a aprovação do projeto pelo Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) do PSE no município, e reuniões com a escola para discutir pontos do trabalho. Nas inscrições os alunos expressam o porquê participar deste trabalho e iniciam-se os primeiros encontros. As oficinas trazem aspectos gerais do auto-cuidado com a saúde, levando-se em conta saberes tradicionais populares na construção de conhecimento referente ao uso racional de plantas medicinais. Entende-se que estas ações realizadas na Escola Técnica Agrícola Prefeito João Alves dos Santos, são ferramentas importantes no sentido de sensibilizar os estudantes para a preservação e valorização do conhecimento tradicional em relação ao uso popular de plantas medicinais.

As práticas de educação popular entre profissionais de uma equipe de saúde da família e a população em um grupo de promoção no Complexo do Alemão

Vanessa de Lima Seabra
Fátima Teresinha Scarparo Cunha

INTRODUÇÃO: As práticas educativas permeiam todo o trabalho assistencial das equipes de saúde da família. Historicamente, tais práticas têm enfatizado a transmissão de informações e a mudança de comportamento dos indivíduos, fortemente vinculadas a um modelo de atenção à saúde, voltado para a doença, com ênfase no conhecimento técnico-científico especializado e na fragmentação das ações de saúde, daí seu caráter autoritário e coercitivo (Vasconcelos, 1997). **OBJETIVOS:** Compreender as concepções que embasam a prática educativa de uma equipe de Saúde da Família e analisar essas práticas nas relações de promoção e cuidado da saúde, entendendo as influências das características sócio culturais das pessoas da comunidade atendidas por essa equipe no Complexo do Alemão, município do Rio de Janeiro. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais de uma equipe de saúde da família de uma CF, que não se recusarem a participar do estudo, após assinatura do TCLE e pessoas da comunidade atendidas pela CF. Para obtenção dos dados serão utilizadas as técnicas da Pesquisa-ação e observação participante com registro das falas e fatos no diário de campo e o método para interpretação e compreensão deste material será a Análise de Discurso. Os dados coletados serão analisados pelo método de análise do discurso que tem como elementos essenciais a psicanálise – o sujeito cindido e fragmentado; o materialismo histórico – a ideologia e a linguística – o discurso. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Os sujeitos são livres para pensarem, refletirem e/ou questionarem para assim poderem fazer suas escolhas através do que lhes é apresentado, compreendendo suas consequências, podendo assim defender suas causas e lutarem pelos seus direitos. O grupo assistido caracteriza-se como um grupo aberto, pois não tem pré requisitos quanto a participação dos sujeitos, além de não exigirem presença regular nos encontros. Tem um funcionamento permanente com duração de duas horas semanais, com a intenção de ser um espaço para conhecer e problematizar temas sobre saúde e qualidade de vida a partir da vivência dos sujeitos envolvidos. Cada encontro é único e particular, tanto pela diversidade temática quanto por contar com novos e antigos participantes. A programação é definida no grupo, a partir de planejamento conjunto e/ou através de temas definidos pelos coordenadores. A coordenação do grupo é realizada na forma de rodízio entre profissionais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A Educação popular em Saúde é uma estratégia que visa à criação de vínculos entre população e profissionais da saúde, no dia a dia, por meio das ações de saúde, que nos impõem pesquisarmos e compreendermos as necessidades, os carecimentos e os problemas, e

colocarmos em prática aquilo que foi problematizado para então vivenciarmos as consequências deste processo. A experiência tem sido valiosa para profissionais e idosos pela partilha de saberes e a construção de vínculos. Além disso, contribui para a construção de um modelo comprometido com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a melhoria da qualidade de vida como fundamento do direito à saúde.

INTRODUÇÃO: As práticas educativas permeiam todo o trabalho assistencial do enfermeiro. Historicamente, tais práticas têm enfatizado a transmissão de informações e a mudança de comportamento dos indivíduos, fortemente vinculadas a um modelo de atenção à saúde, voltado para a doença, com ênfase no conhecimento técnico-científico especializado e na fragmentação das ações de saúde, daí seu caráter autoritário e coercitivo. (VASCONCELOS, 1997). Em razão disso, tais práticas têm se mostrado ineficientes para atender as necessidades de cuidado à saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais, pois desconsideram a determinação social do processo saúde-doença e não estão orientadas para promover a participação dos sujeitos sociais no enfrentamento de seus problemas. (VALLA, 2005) **OBJETIVOS:** Compreender as concepções que embasam a prática educativa das equipes de Saúde da Família em um grupo de promoção da saúde em uma Clínica de Família, no Complexo do Alemão, município do Rio de Janeiro; Analisar as práticas educativas nas ações de promoção da saúde, entendendo a influência das características sócio culturais da população assistida por profissionais de saúde de uma Clínica da Família (CF) e as competências e experiências dos profissionais de saúde. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, que procura interpretar e compreender as práticas de Educação Popular no relacionamento entre equipe de Saúde da Família e a população no Complexo do Alemão, inseridas em um grupo de promoção da saúde, para compreender os processos de educação e saúde na Estratégia Saúde da Família. Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais de uma equipe de saúde da família e as pessoas da comunidade que participam do grupo de promoção e cuidado da saúde em uma Clínica da Família (CF), que não se recusarem a participar do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para obtenção dos dados serão utilizadas as técnicas: (1) a pesquisa-ação “é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos no modo cooperativo ou participativo”. (THIOLLENT, 1985). Assim o relacionamento entre o pesquisador e o pesquisado “acabam se identificando, sobretudo quando os objetos são sujeitos sociais também, o que permite desfazer a idéia de objeto que caberia somente em ciências naturais” (DEMO, 1985); (2) a observação participante com diário de campo que “é considerada como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa e sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo para compreensão da realidade.” (MINAYO, 1998). A observação participante com diário campo, que permitirá descrever uma cultura, um ambiente, uma instituição, a “partir de dentro”, com apreensão dos elementos necessários para a formulação das catego-

rias de análise que nos permitirão o alcance dos nossos objetivos. A pesquisa-ação, tal como aqui concebida, será desenvolvida no acompanhamento das relações entre trabalhadores de saúde e integrantes do grupo de promoção da saúde selecionado que vivem no Complexo do Alemão, na observação crítica e sistematizada destas relações nas atividades de promoção da saúde e na intervenção a partir do diálogo entre pesquisadores, membros das equipes de saúde da família e a população sob cuidado coletivo. RESULTADOS/DISCUSSÃO: Fase de ambientação em uma Clínica de Família da AP 3.1, de modo a contextualizar a prática das equipes de saúde da família e a realidade da comunidade local, para que possamos construir pontes entre o saber científico e o saber popular e a construção coletiva de valores éticos que possam influenciar na reflexão crítica do sujeito. O grupo assistido caracteriza-se como um grupo aberto, pois não tem pré requisitos quanto a participação dos sujeitos, além de não exigirem presença regular nos encontros. Tem um funcionamento permanente com duração de duas horas semanais, com a intenção de ser um espaço para conhecer e problematizar temas sobre saúde e qualidade de vida a partir da vivência dos sujeitos envolvidos. Cada encontro é único e particular, tanto pela diversidade temática quanto por contar com novos e antigos participantes. A programação é definida no grupo, a partir de planejamento conjunto e/ou através de temas definidos pelos coordenadores. A coordenação do grupo é realizada na forma de rodízio entre profissionais, são permanentes neste trabalho uma dentista, uma auxiliar bucal e um técnico de enfermagem. Etapas de desenvolvimento do grupo: Abertura – É feita uma breve apresentação dos presentes e da proposta do grupo para os que estão chegando. Alguns informes da equipe e/ou dos participantes, justificativa de ausências (os próprios integrantes indagam sobre a ausência de algum membro). Apresentação do tema diário – É proposto um tema na qual é problematizado como os participantes vivenciam ou entendem o mesmo a fim de estimular uma conversa inicial. Os coordenadores não impõem sua visão e deixam livre para que eles possam expor suas reflexões. Desenvolvimento do tema – Para dar continuidade ao tema inicial são realizadas perguntas ou são exemplificadas vivências referentes ao tema do momento para que estimule a articulação de pensamentos no grupo. Cada participante é estimulado conforme seus limites. Síntese do dia – Tem o objetivo de destacar os sentidos da reflexão do dia para a vida cotidiana, exemplificar as visões individuais, e estimular uma reflexão perante o futuro. Nesse momento o grupo faz o planejamento para próxima semana. Encerramento – Os sujeitos se aproximam entre si, trocam idéias sobre o grupo, esclarecem dúvidas, solicitam conversa particular sobre problemas que estão vivenciando. Esta é a oportunidade para resolver demandas individuais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A educação popular procura empoderar os sujeitos através de técnicas coletivas de inclusão, de forma a desenvolver a capacidade de análise crítica da realidade, bem como a propiciar um movimento social e representativo. Um dos elementos fundamentais de seu método consiste em utilizar a vivência do educando para conduzir o diálogo entre as partes envolvidas. Na Política Nacional de Atenção Básica compete ao Ministério da saúde garantir a Educação Popular aos trabalhadores da saúde para que eles possam criar uma conexão com a população, com o objetivo de inter-relacionar e reconstruir saberes e culturas distintas. A experiência tem sido valiosa para profissio-

nais e idosos pela partilha de saberes e a construção de vínculos. Além disso, contribui para a construção de um modelo comprometido com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a melhoria da qualidade de vida como fundamento do direito à saúde. Na dinâmica grupal vem se constituindo um espaço de convivência, afeto, solidariedade, lazer, reforçando a importância do coletivo no enfrentamento da solidão, construção de vínculos e fortalecimento da rede de suporte na Atenção Básica. REFERÊNCIAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1882. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2010. CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de Promoção à Saúde. Cadernos de Saúde pública, Rio de Janeiro, v.4, p.95-1080, 2004. DEMO, P. Elementos metodológicos da pesquisa participante. p.115, 1985. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Rio de Janeiro. Ed.Hucitec-Abrasco, 1998. OZÓRIO, M. Educação popular e saúde: elogio à comunidade. Revista de APS, Juiz de Fora, v.7, p.96-103, 2004. PEDROSA, I.I. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org>>. Acesso em: 20 out. 2005. Entrevista cedida a Radis, 2003. VASCONCELOS, E. M. Educação popular nos serviços de saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. VASCONCELOS, E. M. Educação Popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. Cadernos de Saúde pública, Rio de Janeiro, v.14, p.39-57, 1998. VALLA, V. V. [Entrevista]. Trab Educ Saúde. 2005. P.227-238. THIOLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez Editora, 1985. STOTZ, E. N. Educação popular e saúde – Trajetórias, expressões e desafios de um movimento social. Revista de APS, Juiz de Fora, v.8, p.49-60, 2005.

PEPASF: atividades estruturais e campos de ação

Victor Augusto Hernandez De Alexandria

Kamilla Maria Sousa De Castro

Julyana De Lira Fernandes

O PEPASF (Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família) existe há 14 anos e vem trabalhando na perspectiva da Educação Popular em Saúde na Comunidade Maria de Nazaré, vinculado a Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Este projeto permite a articulação entre ensino-serviço-comunidade delineando caminhos da participação da universidade na construção com o popular e a abrangência de suas ações na dimensão ampla do cuidar em saúde, através de visitas domiciliares e ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas por quatro grandes grupos operativos.

O PEPASF (Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família) existe há 14 anos e vem trabalhando na perspectiva da Educação Popular em Saúde na Comunidade Maria de Nazaré e é desenvolvido por professores e estudantes das mais diversas áreas, tanto da instituição pública quanto privada. Este projeto permite a articulação dos seus colaboradores, com líderes comunitários, Associação Comunitária Maria de Nazaré e a Equipe de Saúde da Família do Programa de Saúde da Família local, com a finalidade de desenvolver um trabalho voltado às reais necessidades do ser humano. Como projeto de extensão universitária, está vinculado a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), estreitamento dos laços entre ensino-serviço-comunidade delineando caminhos da participação da universidade na construção com o popular e não somente para o popular. Este trabalho tem como objetivo mostrar as atividades do projeto e a abrangência de sua ação na dimensão ampla do cuidar em saúde, que não observamos nas salas de aulas tradicionais da nossa formação. Este projeto apresenta atividades como: reuniões semanais com objetivos de realizar estudo teórico, análise de casos das famílias assistidas, discussão e tomada de decisão acerca do desenvolvimento do projeto; participar de reuniões da associação comunitária para melhor se inteirar das iniciativas e dos movimentos desenvolvidos na comunidade, uma de suas atividades principais se orienta com visitas domiciliares fundamentada por troca de saberes, acolhimento humanizado, escuta, construção de vínculos interpessoais e coletivos, incentivo a autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos neste cenário, unindo o saber popular ao saber científico, criando um cenário favorável à assistência integral. Além das atividades de visita domiciliar o PEPASF articula-se em quatro grandes grupos operativos que desempenham importante papel na comunidade com atividades específicas: o PEPAST, FISIO NA COMUNIDADE, CUIDANDO DO CUIDADOR e o GRUPO DE CRIANÇAS. O PEPAST (Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador) estudantes das mais diversas áreas, no cenário de práticas, identificam as necessidades e problemas de saúde relacionados à atividade ocupacional, elaborando em seguida um planejamento, com estratégias coletivas e participativas para

construção de propostas e ações resolutivas; O FISIOTERAPIA NA COMUNIDADE, composto por estudantes específicos da fisioterapia, desenvolvem ações voltadas ao cuidado integral à saúde, de promoção e prevenção, com base em princípios da educação popular; O grupo CUIDANDO DO CUIDADOR surgiu a partir da necessidade de cuidar dos profissionais de saúde da ESF da Comunidade Maria de Nazaré. Assim, a equipe começou a se reunir quinzenalmente, e com o apoio do PEPASF são desenvolvidas ações de escuta, rodas de conversas, atividades de alongamento e relaxamento em grupo, como uma forma de intervir diante das sobrecargas (físicas e psicológicas) enfrentadas por estes profissionais; O grupo de CRIANÇAS surgiu da necessidade de dar um direcionamento e apoio às crianças da comunidade. Neste grupo abordamos assuntos solicitados pelas crianças e observados pelos facilitadores, desenvolvemos ações recreativas, educativas, de troca de saberes e cuidados, havendo periodicamente reuniões com familiares com a finalidade de facilitar e melhorar a relação familiar e interpessoal.



V ENCONTRO
NACIONAL
DE EDUCAÇÃO
POPULAR
E SAÚDE

EIXO 3

VALORES DEMOCRÁTICOS

Educação popular com Conselheiros Municipais de Saúde da Bahia

Alba da Cunha Alves

José Carlos da Silva

Larissa Barros

Luciana Chaves

Maria Evangelista de Santana

Patrícia Dantas

Tiago Parada

O MobilizaSUS, cujo desenvolvimento iniciou-se em 2008, compõe um conjunto de ações com o compromisso de estabelecer uma gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS da Bahia, através do fortalecimento da participação popular e controle social (Plano Estadual de Saúde 2008/2011). Desenvolve-se de forma intersetorial, por meio de um grupo de trabalho, que articula Saúde, Educação e Ministério Público, através da representação do Conselho Estadual de Saúde – CES, Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde – DGETS/Secretaria Estadual de Saúde – SESAB, Ministério Público da Bahia, e Secretaria da Educação do Estado da Bahia - SEC. Diante das experiências dos processos formativos e organizativos do MobilizaSUS, foram surgindo demandas relacionadas à formação e qualificação dos conselheiros municipais de saúde o que resultou na construção de uma proposta de educação permanente com esses sujeitos. Dessa forma tomou-se forma o curso “SUS de Todos Nós: conhecer para fortalecer”. Foi elaborado pela equipe gestora do MobilizaSUS (trabalhadoras e trabalhadores da DGETS e das DIRES), em parceria com o CES e COSEMS, com o objetivo central de fortalecer as instâncias de participação popular e controle social do SUS, por meio do desenvolvimento de processos educativos de qualificação da atuação dos conselheiros em seus municípios. Esses processos educativos abordam e incorporam a ideia de se trabalhar com educação popular em saúde diante de sua potencialidade de transformação dos sujeitos e de suas práticas, transformando as tradicionais práticas de saúde em práticas pedagógicas e libertadora. Desenvolve-se através da construção coletiva e dialogada das ações, levando-se em consideração a realidade e vivência dos participantes em suas lutas pelo direito à saúde, possibilitando a criticidade e problematização do seu saber-fazer. Fundamentada nos princípios da educação popular, o qual enfatiza a construção do conhecimento através da troca de experiências e a partir das vivências de cada sujeito, valorizando o “saber” que cada um possui, a metodologia utilizada integra técnicas participativas, transversais em forma de “roda de conversa”, possibilitando maior interação para discussão dos temas, numa perspectiva crítica da realidade. O trabalhar em roda, círculos, permite a construção de espaços de troca coletiva de conhecimentos e relacionamento entre pessoas com experiências diversas, interesse, desejos e motivações coletivas, no enfrentamento das situações-problemas. A adoção por essa metodologia inclui atividades

de rodas de conversa e expressões diversas da arte popular, místicas e vivências artísticas e culturais. Utilizando-se essa metodologia e analisando o contexto, atualmente, as oficinas com os conselheiros abrangeram 13 microrregiões de saúde, 168 municípios e 1881 conselheiros municipais de saúde. O conjunto dessas ações aponta para a ampliação do debate sobre os sentidos e significados da luta pelo direito à saúde, a participação popular e o controle social do SUS; a ampliação do conhecimento dos participantes sobre o SUS; reconstrução da visão acerca do Sistema de Saúde brasileiro e o seu protagonismo na luta pela efetivação do direito a saúde.

A história nos conta e encanta...: A participação social é fundamental para uma sociedade democrática e para a construção de políticas econômicas e sociais direcionadas à dignidade da população e às condições objetivas de cidadania. As Políticas públicas emergiram de movimentos sociais, revelando a significativa atuação dos sujeitos para redemocratização do país. Nesse contexto, os movimentos sociais dos anos 70 e 80, através da Reforma Sanitária, colaboraram para inclusão da saúde na Constituição de 1988, resultando na criação do Sistema Único de Saúde - SUS, que trouxe a noção de saúde como direito de todos.

A história do SUS e o SUS na história...: O Sistema Único de Saúde por meio de princípios e diretrizes (Lei 8.080/90) assegura a todo cidadão brasileiro o acesso universal, integral e equânime, além de estabelecer mecanismos de participação social, desde a discussão, formulação e controle da política pública de saúde, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS. A Lei 8.142/90 estabelece espaços que permitem a efetivação da participação social na gestão da saúde, através dos Conselhos e Conferências. Estes, favorecem o diálogo, a escuta e a construção coletiva no SUS, potencializando e fortalecendo a cidadania. A participação nessas instâncias além de um direito é também um dever do cidadão. Para isso é necessário a mobilização dos atores sociais na implicação nestes locus. Valorizar este canal de diálogo com os movimentos populares, lideranças comunitárias, gestores, trabalhadores e trabalhadoras de saúde, na busca da efetivação de uma gestão democrática e participativa é fundamental para consolidação do SUS, além de possibilitar a construção da autonomia dos sujeitos.

E a participação popular no SUS-Ba? Como vai?...: Com intuito de consolidar a participação popular no fortalecimento do SUS-Ba, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, por meio da Superintendência de Recursos Humanos e da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), instituiu, em 2007, o Grupo de Trabalho intersetorial, que vem desenvolvendo o MobilizaSUS: estratégias para o fortalecimento do controle social, da gestão democrática e participativa do SUS-Ba. Este grupo é formado por representantes do Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Ministério Público da Bahia, Secretaria da Educação do Estado da Bahia e (SEC) Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

E chega o MobilizaSUS...: Através do MobilizaSUS, a DGTES vem dando continuidade ao desenvolvimento de ações e estratégias que busquem a efetivação gradativa e constante de uma cidadania participativa no âmbito das políticas públicas de saúde, sobretudo, na luta pela defesa do SUS na Bahia, reafirmando a importância do fortalecimento do controle social

no processo de consolidação de uma democracia que prime pela participação social. Dentre os processos educativos do projeto está o curso de *Educação Permanente com Conselheiros Municipais de Saúde*. O projeto tem como objetivo central promover o fortalecimento da Gestão Democrática e Participativa do SUS, desenvolvendo processos pedagógicos que contribuam para a ampliação e qualificação da participação da população na formulação, gestão e controle social das políticas de saúde. A demanda para a elaboração de um projeto com essas características partiu dos movimentos sociais que participaram dos 7 Encontros-Seminários Movimento Social e Saúde em 2007, realizados nas sedes das principais macrorregiões de saúde do Estado da Bahia, os quais expressaram o desejo e necessidade de uma maior aproximação e construção de espaços de diálogo com a gestão para discussão sobre as políticas públicas de saúde e temas afins, diante do cenário político que se desenhava. As forças políticas no estado se conduziam mediante compromissos com o desenvolvimento da gestão participativa, estímulo a participação e controle social para além das conferências e conselhos. *Fortalecendo a participação popular e o controle social...: Em 2010* houve um redirecionamento das ações do projeto, priorizando o desenvolvimento de processos educativos com conselheiros municipais de saúde e militantes de movimentos sociais. Tais processos visam à qualificação da atuação dos conselheiros municipais de saúde que são convidados a fortalecer as instâncias de participação e controle social do SUS, através da organização em redes de saberes e redes de articulação para defesa do SUS e pelo direito à saúde. Nesse sentido, a equipe do MobilizaSUS iniciou o processo de discussão e planejamento da proposta de realização do curso de educação popular com conselheiras e conselheiros municipais de saúde, diante das demandas surgidas. O grupo partiu para o movimento de articulação com outros sujeitos envolvidos nas ações do projeto e com aqueles que representavam potencialidade para contribuir no processo de formulação e desenvolvimento do referido curso de qualificação. Foram feitas discussões, articulações e pactuações com as Escolas do SUS (Escola de Formação Técnica e Escola Estadual de Saúde Pública), com a rede MobilizaSUS (articuladores e facilitadores), e demais sujeitos que se ingressavam nos processos, sobretudo na mobilização ocorrida nos municípios. A participação popular e o controle social no SUS são princípios historicamente e constitucionalmente pautados no dever-direito de se fortalecer a cidadania, conquistado com lutas democráticas por reformas sanitárias. Encontram-se na possibilidade de dar voz a pessoas e sujeitos que estão fora dos espaços de discussão, expressão de vivências, experiências e saberes/conhecimento. É o sujeito tentando intervir na situação concreta e histórica em que vive. “A participação social é o exercício da democracia no cotidiano” (Escorel e Moreira, 2008). Caracteriza-se também enquanto potencialidade e capacidade individual e coletiva de pessoas em influenciar as políticas públicas. Ela pode se dá de forma direta (participativa) ou indireta (representativa). Importante ressaltar que a participação popular e o controle social podem ocorrer em diversos espaços, onde o interesse público e coletivo estejam presentes, tais como: ouvidoria, conselhos, conferências, ministério público, defensoria pública, dentre outros. Foi nesse momento de amadurecimento do projeto, que se passou a inserir nas oficinas os modos de ser e fazer da educação popular, norteados pelas idéias do educador Paulo Freire. O mesmo traz a idéia da

educação para a libertação dos sujeitos. O modo de se organizar os participantes em círculo possibilita o olhar coletivo, a troca de vivências e experiências dentro da coletividade, o diálogo, a equidade no falar, ouvir, expressar-se, o diálogo, a construção, sendo buscando estimular a visão crítico-política, partindo da realidade dos sujeitos; é estar com, fazer com. *A proposta...*: A proposta do curso orienta-se pelos princípios da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social e, sobretudo dos princípios da Educação Popular em Saúde. A orientação por esses pressupostos metodológicos permitem aos participantes dos processos educativos uma reflexão crítico-analítica de suas realidades e práticas, possibilitando-lhes a construção de estratégias para mudanças de práticas. Enfatiza-se a construção do conhecimento através da troca de experiências e a partir das vivências de cada sujeito, valorizando o “saber” que cada um possui. A metodologia utilizada integra técnicas participativas, em forma de “roda de conversa”, possibilitando maior interação para discussão dos temas. Tal metodologia participativa e problematizadora possibilita a construção coletiva do conhecimento, implicando num processo de comunicação e pedagógico entre sujeitos com realidades e saberes diferentes, convivendo em situações de cooperação e interação. *O Curso...*: O Curso teve início em março de 2010 e possui carga horária total de 40h, distribuídas em dois momentos presenciais de 16h cada (Módulo I: “Conhecendo o SUS e Módulo II: “O papel do conselho na gestão do SUS”), intercalando-se com atividades de mediação práxica (8h) entre esses dois momentos. Está organizado de forma microrregional, reunindo as conselheiras e os conselheiros que compõem cada microrregião em uma mesma oficina, permitindo a troca de experiências e estimulando a formação de redes entre os mesmos. De uma forma geral, no desenvolvimento das oficinas tem-se buscado utilizar técnicas de construção coletiva das atividades, integrando rodas de conversa, trabalhos em grupo, produção de painéis, construção de cartazes, dinâmicas de envolvimento dos participantes, dramatizações. Em relação à seleção dos conteúdos, tomou-se por base as necessidades e interesses apresentados pelos próprios participantes de outros processos realizados pelo MobilizaSUS, bem como aquelas temáticas consideradas importantes para o processo de qualificação das conselheiras e dos conselheiros, elencados pelo grupo de trabalho que vem elaborando e conduzindo o processo. Vale ressaltar que embora se tenha uma proposta já programada para as oficinas com os conselhos municipais de saúde (CMS), existe a possibilidade de flexibilização deste desenho a depender das necessidades, realidades de cada microrregião, adequando e redefinindo a programação. *Até onde chegamos...*: Até o momento, o curso abrangeu 13 microrregiões de saúde, 168 municípios e 1881 conselheiros municipais de saúde. O curso é considerado como importante mecanismo para despertar o interesse e a mobilização acerca do controle social da maioria dos participantes e para ajudar na reestruturação de alguns conselhos. Diante dos relatos dos participantes percebe-se, que o curso é importante disparador para a consciência crítica do “ser conselheiro” e cidadão e para ampliar o conhecimento a cerca do SUS. REFERÊNCIAS: BAHIA. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **Projeto Mobiliza SUS** – estratégia para o fortalecimento do controle social. Salvador: SESAB, out. 2007c. 9 p. _____. _____. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da

Educação e do Trabalho na Saúde. **Relatório:** I Seminário regional movimentos sociais e saúde. Salvador: SESAB, ago. 2007d. 33 p. _____. _____. **Plano estadual de Saúde:** Gestão 2007-2010. Salvador: SESAB, 2009. 128 p BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 _____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Escorel, S. **Reviravolta da Saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 1988, p.175-2006. PARADA, T. C. S. **MobilizaSUS:** uma aproximação à experiência baiana. In.: PARADA, T. C. S. **MobilizaSUS na Bahia: emergência, desenvolvimento e contradições do cotidiano institucional.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva. 2010. pp.15-53. BARROS, L. D. V. **O MobilizaSUS-Bahia:** As práticas educativas e a constituição dos sujeitos. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva. 2012. pp 67

Redução de danos: clínica ampliada na interface com o sistema único de saúde

Ângela Monteiro

O trabalho a ser apresentado no eixo valores democráticos intitulado “redução de danos na interface com o SUS” está alicerçado na experiência de implantação do projeto consultório de rua no Município de Resende, por Ângela Monteiro (angelamonteiro@terra.com.br), assistente social, coordenadora do Programa de Saúde Mental de Resende, estudante de pós-graduação do curso de Especialização em Saúde Mental - Atenção Psicossocial, Gestão e Pesquisa, IBUP/UFRJ. O presente trabalho tem como objetivo descrever a experiência de implantação do Projeto Consultório de Rua no Município de Resende no ano de 2011/2012, através da técnica de pesquisa qualitativa e descritiva contida em relatórios de campo e em grupo focal realizado com a equipe técnica que compõe o Projeto, visa a partir das considerações da equipe, das experiências encontradas e desenvolvidas e com base nos objetivos propostos pelo Projeto avaliar a articulação em relação à estratégia de redução de danos e na interface com o Sistema Único de Saúde. A proposta apresenta o consultório de rua e a política de redução de danos na interface com o SUS, como potente recurso terapêutico e estratégico na operacionalização dos princípios e diretrizes de descentralização das ações, da universalização, equidade, integralidade e participação da população. Pretende ressaltar esse dispositivo como instrumento de acesso e acolhimento aos usuários de substâncias psicoativas. Com base na atual Política de Saúde Mental, nas diretrizes do SUS e à luz do Movimento da Reforma Psiquiátrica, o Programa de Saúde Mental de Resende implantou em 2011 o projeto consultório de rua como um dispositivo de abordagem em campo, no território, extensivo ao trabalho do CAPS, na perspectiva de redução de danos, formado por uma equipe volante composta por: 01 psicólogo, 01 assistente social, 01 enfermeira e 02 agentes sócio-culturais. Os desafios encontrados na clínica são muitos, mas podemos observar ao longo da construção do Projeto, como o acolhimento, o acesso e os cuidados possíveis aos usuários em condições de maior vulnerabilidade de forma articulada com a Rede, contribuem no processo de humanização do atendimento, possibilitando ampliação dos cuidados em saúde, a vinculação dos usuários com os profissionais e serviços, em uma desafiadora e criativa construção da clínica em movimento. Como referência bibliográfica utilizou-se o livro “Clínica Peripatética”, de Antônio Lancetti, 2008. Os avanços inovadores do projeto indicam como a partir de novo paradigma o acolhimento, a escuta, a facilitação do acesso e da oferta de assistência adequada à realidade de vida e necessidade da população, vem promovendo a melhoria na qualidade do cuidado. O acolhimento apresenta-se como resultado do fortalecimento de uma rede solidária e da interação de diferentes saberes e recursos, expressa na escuta qualificada e na inserção em uma rede mais ampla de cidadania, em respeito ao protagonismo, subjetividade e singularidade do sujeito.

O presente trabalho tem como objetivo descrever a experiência de implantação do Projeto Consultório de Rua no Município de Resende no ano de 2011/2012, através da técnica de pesquisa qualitativa e descritiva contida em relatórios de campo e em grupo focal realizado com a equipe técnica que compõe o Projeto, visa a partir das considerações da equipe, das experiências encontradas e desenvolvidas e com base nos objetivos propostos pelo Projeto avaliar a articulação em relação à estratégia de redução de danos e na interface com o Sistema Único de Saúde. A relevância do tema incide na necessidade dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – definir novas estratégias de abordagens terapêuticas, metodologias e práticas de cuidado que possibilitem o acolhimento, ampliação do acesso e atendimento da demanda de pessoas que fazem uso abusivo de drogas, onde o Projeto Consultório de Rua se situa como prática extensiva e articulada ao CAPS e aos demais serviços da Rede de Saúde e da Rede. A caracterização da experiência de implantação do Projeto em Resende possibilita levantar questões, caminhos e pistas para gestão técnica e clínica das equipes de Saúde no planejamento de um conjunto de ações em Rede que venham ao encontro da real demanda dos usuários, da humanização e qualificação do atendimento e da operacionalização dos princípios e diretrizes preconizados pelo Sistema Único de Saúde. De acordo com os princípios, diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica em curso no País, os CAPS são dispositivos estratégicos na construção e consolidação da rede de serviços substitutivos de base territorial e comunitária em superação ao modelo asilar. Nesse sentido, é redefinido o modelo de assistência, que passa a primar pela humanização, singularidade, busca da autonomia, constituição dos laços sociais, inclusão social, constituição ou resgate da subjetividade. Com base no projeto, o objetivo geral consiste em desenvolver estratégias próprias de Redução de Danos em comunidades do território do CAPSad como forma de enfrentamento, para que a exclusão e a discriminação social sejam minimizadas com o resgate da cidadania. Pretende-se, ainda, viabilizar o acesso a serviços intersetoriais e informações de atenção integral a saúde e principalmente proporcionar acolhimento e escuta dessa população em situação de risco que faz uso abusivo de substâncias psicoativas Amarante (2011:69) aponta que os CAPS devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidados e trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com pessoas e não com doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividade possibilitando uma ampliação de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial, referido com um processo social complexo de construção de cidadania onde é preciso mudar mentalidades, atitudes e relações sociais. A experiência de implantação do Consultório de rua surge como proposta do CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial em Alcool e Outras Drogas, que tem o potencial em definir estratégias de enfrentamento, visando o fortalecimento de uma rede substitutiva e intersetorial de assistência. Configura-se como um dispositivo assistencial que abriga projetos terapêuticos e práticas de cuidado, dentro de uma perspectiva de redução de danos sociais e à saúde, com base comunitária, integrado ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da reforma psiquiátrica, onde situamos a experiência do Consultório de Rua, como uma prática extensiva e articulada ao CAPS e aos

demais serviços da Rede. Importa dizer que a redução de danos é muito mais do que uma alternativa à abstinência no tratamento da dependência química e na prevenção do HIV/AIDS. A redução de danos trata do manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. Desse modo, o importante não é se determinado comportamento é bom ou ruim, certo ou errado. A redução de danos surge como estratégia ao modelo proibicionista, veiculado em campanhas de “guerra as drogas” baseando-se em princípios de pragmatismo, tolerância e compreensão da diversidade (ANDRADE, 2002). Os desafios encontrados na implantação de estratégias de redução de danos e na prevenção e tratamento aos usuários de drogas são muitos. Por se tratar de experiências novas e em construção e por deparar-se com uma questão tão complexa, envolve a necessária revisão de estigmas e preconceitos. A compreensão ampla do fenômeno do uso de drogas e a importância da criação de práticas de humanização dos cuidados em saúde possibilitam o acesso, o acolhimento e o vínculo terapêutico para início na produção de cuidado. As práticas envolvidas no acesso, acolhimento e vínculo bem como experiência de clínica ampliada como prática de cuidado, tem referência nos princípios, métodos e diretrizes da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde – Humaniza SUS. Trata-se de uma clínica nova, em processo de construção permanente como refere Lancetti em *Clínica Peripatética* (2008), a clínica praticada em movimento. Esta se faz fora dos espaços de reclusão convencionais, a partir da qual se inauguram outras formas de engate terapêutico, bem como outras possibilidades de conexão com os fluxos da cidade e da cultura. O estigma e o preconceito podem se tornar um grande obstáculo para o acolhimento e o acesso aos cuidados em saúde aos usuários de drogas. A estratégia de redução de danos e o Projeto Consultório de Rua indicam a importância de romper barreiras e estar aberto ao saber e ao protagonismo do usuário pela sua própria vida, em um resgate de autoestima, de singularidade, de direitos e de cidadania. Evoca a necessidade das equipes de saúde repensar suas práticas e posturas que, imbuídas de um suposto saber ou poder, podem afastar o outro onde se precisa acolher. Ao identificar quais contribuições o Consultório de Rua trouxe neste período de implantação, para os usuários abordados, apontamos: redução de danos e riscos associados ao uso, acesso ao cuidado em saúde e garantia de direitos. Para as equipes, situamos como contribuições: o apontamento de novos caminhos a serem traçados para construção de uma política pública de saúde mental do município e fomentar ações e estratégias que possam ser adotadas pelas equipes dos CAPS, do Consultório de Rua, e demais profissionais da Rede Intersetorial de Serviços. A luz da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental, o dispositivo do CAPS é um estratégico e rico instrumento a contribuir na formulação de políticas públicas, mobilizando a participação social e comunitária na construção e ampliação de uma Política de Saúde Pública. O objetivo é construir novas práticas que superem o senso comum e os preconceitos e estigmas que cercam a questão. Nesse sentido, é fundamental o exercício de participação da população atendida na elaboração, construção, avaliação e fortalecimento das políticas municipais e estaduais. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** AMARANTE. P. **O homem e a serpente**. 4.reimp. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2010. AMARANTE. P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2011.

ANDRADE, T. M. **Uso de drogas entre adolescentes jovens: perspectivas de prevenção no contexto das relações familiares e da educação à luz dos princípios e práticas de redução de danos.** Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia. BIBLIOTECA DIGITAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. **A Constituição brasileira de 1988.** Em: www.bd.gov.br. BUCHER, R. OLIVEIRA, S.R.M. **O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias.** *Rev. Saúde Pública*, 28: 137-45, 1994. CRUZ, M.S. **Redução de Danos, Prevenção e Assistência, in: Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias** – 3.ed. – Brasília: SENAD, 2010. DESLANDES, S.F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2011. FREITAS, D.S; SAMPAIO, C. **Redução de Danos e SUS: enlaces, contribuições e interfaces.** Artigo em pauta fruto do trabalho final do Curso de Especialização em Saúde Coletiva pela UNIFRA. LIMA M. **Invisibilidade: drogas e profissionais.** *Rev Saúde Pública* 2007;41(Supl. 2):6-13. **Ministério da Saúde.** Legislação em Saúde Mental. **5ª edição ampliada, Brasília, 2004.** **Ministério da Saúde.** A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **2ª edição, Brasília, 2004.** Ministério de Saúde. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde.** São Paulo, 2008. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial,** Brasília, 2004. PAIM, J.S. **O que é o SUS.** Editora Fiocruz, 2011. SOUZA, T. de P. **Redução de Danos no Brasil: A clínica e a política em movimento.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2007.

Avaliação do perfil dos gestores, trabalhadores e usuários das unidades básicas de saúde de Betim quanto à participação popular nos anos de 2010 e 2011

Alúcio Eustáquio da Silva

Gilberto Antônio Reis

Jacqueline do Carmo Reis

Luiz Carlos Castello Branco Rena

Luiz Carlos Nascimento

Maria da Consolação Magalhães Cunha

Sandro Laudares

Carolina Kelly da Mata

Deborah Caroline Vieira da Silva

Fabiana Lopes Correia

O presente trabalho tem como objetivo avaliar e caracterizar o perfil dos gestores, trabalhadores e usuários das unidades básicas de saúde do município de Betim nos anos de 2010 e 2011 levando em consideração a temática da participação popular. O estudo foi realizado pelo projeto de extensão “Saúde nos interessa: instituindo um Observatório de Controle Social no SUS/ Betim”, da PUC Minas Betim em parceria com o Conselho Municipal de Saúde de Betim. Analisou-se o conhecimento da população acerca do controle social, conselhos de saúde e sobre os mecanismos de participação popular. Os resultados mostraram que, de forma geral, o envolvimento da população nas questões de ordem pública é mínimo, e a grande maioria desconhece ou não cumpre o seu papel social.

A avaliação do perfil dos gestores, trabalhadores e usuários das unidades de saúde de Betim é o resultado de uma etapa do projeto de Extensão da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais denominado “Saúde nos Interessa: instituindo um observatório do controle social no SUS/Betim”. Dentre os objetivos do projeto encontra-se a proposta de “*promover a reorganização dos conselhos locais de saúde para que se consolidem como instância de participação crítica, cumprindo seu papel de representação dos interesses da comunidade*” (REIS, 2010) que orientou a elaboração de uma pesquisa sobre o conhecimento do Sistema Único de Saúde e, em especial, do Conselho Municipal de Saúde de Betim com o objetivo de compreender a dinâmica de participação da população nos processos políticos de estruturação dos serviços de saúde. Além do perfil sociodemográfico dos usuários do SUS Betim, essa pesquisa avaliou ainda o conhecimento dos usuários e trabalhadores dos serviços a cerca dos conselhos de saúde, do controle social e das diretrizes

e programas do sistema de saúde. Foram elaboradas perguntas diretas sobre o tema que apontaram resultados preocupantes. A maioria da população entrevistada, aproximadamente 80%, não sabia o que são os Conselhos de Saúde e se a unidade de saúde de sua região tinha Conselho Local de Saúde (58,90%). Quando perguntado sobre o Controle Social, aproximadamente, 90% dos pesquisados disseram não saber do que se tratava. Esses resultados, possivelmente, se justificam com a afirmativa dos entrevistados de que não recebem informações sobre o SUS (80,5%) e que não participam de reuniões para fiscalização dos serviços de sua unidade básica de saúde (96,6%). A aplicação do questionário foi realizada pelos estagiários do projeto e aconteceu nas Unidades Básicas de Saúde em três etapas, de outubro a dezembro de 2010, e nos meses de fevereiro a março e maio de 2011. Do total de indivíduos pesquisados obteve-se uma amostra de 1318 respondentes. A amostra dos gestores, ou seu representante na unidade de saúde, calculada inicialmente para 33 respondentes obteve a adesão de 10 indivíduos. Os trabalhadores do SUS foram escolhidos de forma aleatória, estratificados por unidade de saúde. Obteve-se a lista dos profissionais de cada uma delas e procedeu-se o sorteio de 285 indivíduos. A amostra dos usuários foi composta por 1023 habitantes do município, identificados nas 33 unidades de saúde e escolhidos por ordem de chegada a partir da procura por atendimento, obedecendo a escolha de um cidadão a cada dez usuários nos dias da coleta, até atingir o universo proposto. O grupo de gestores, representado por 30% (10/33) da amostra prevista, apresentou a seguinte casuística; 70% são do sexo feminino, a média de idade foi de 39,5 anos, sendo a máxima de 62 e a mínima de 26 anos. Do universo pesquisado, 60% são moradores de Betim e a metade deles tem como profissão a enfermagem. A renda familiar predominante, 50% dos respondentes, foi de três a cinco salários mínimos (SM), um representante do grupo tem renda de um a três SM e outro tem mais de 15 SM. Na avaliação do nível de escolaridade identificou-se 70% dos indivíduos do grupo com pós-graduação, um indivíduo tem o primeiro grau incompleto e outro superior incompleto. Dos 285 trabalhadores do SUS Betim pesquisados, 87% são do sexo feminino, a média de idade foi de 35 anos, sendo a máxima de 68 e a mínima de 18 anos. Do universo pesquisado 76% dos respondentes são moradores de Betim, os bairros que apresentaram o maior número de trabalhadores residentes foram, em ordem decrescente, Angola, Teresópolis, Laranjeiras, Alterosa, Icaivera e São João e finalmente Marimbá e Bom Retiro. Os municípios de Belo Horizonte, Contagem, Igarapé, Mateus Lemes, Esmeraldas e São Joaquim de Bicas, nessa ordem, foram regiões de moradia dos trabalhadores de Betim. A renda familiar predominante, 41% dos respondentes, foi de um a três salários mínimos (SM), 12 representantes do grupo têm renda de até um SM e seis têm mais de 15 SM, aqueles que não responderam sobre a renda familiar representaram 17,5% do grupo. A formação dos trabalhadores do SUS Betim participantes da pesquisa foi diversificada, registrou-se a frequência absoluta das seguintes profissões; Tec. de Enfermagem (47), Aux. de enfermagem (45), ACS (29), Aux. de apoio a saúde (23), Agente Administrativo (22), Ag. de Higienização (22), Enfermeira (21), Recepcionista (13), ACD (11), Tec. em Higiene Dentário (8), Aux. de Farmácia (7), Guarda Patrimonial (6), Dentista (6), Assistente Social (3), Psicólogo (2), Médico (2), Farmacêutica (2), Estagiário (2), Téc. Farmácia (1), Fonoaudióloga (1), Fisiote-

rapeuta (1) e Agente de Bioestatística (1). Os demais trabalhadores (10) não informaram sua profissão. O grupo de usuários da pesquisa compôs uma amostra de 1023 indivíduos, em que 80,5% representam o sexo feminino. A média de idade correspondente foi de 40,8 anos, sendo a máxima de 85 e a mínima de 16 anos. As faixas etárias predominantes encontravam-se entre 26 a 35 anos (23,60%) e 36 a 45 (22,60%). Pelo fato de serem usuários do SUS Betim, um sistema que trabalha com a lógica do referenciamento do paciente pelo local de moradia, acredita-se que todos sejam moradores do município. A renda familiar predominante, 47,7% dos respondentes, foi de um a três salários mínimos (SM), 24,5% dos indivíduos desse grupo tem renda de até um SM e apenas um indivíduo respondeu ter renda familiar de mais de 15 SM. Na avaliação do nível de escolaridade identificou-se a predominância de indivíduos com o primeiro grau incompleto (37,8%), seguida pela categoria de segundo grau completo (25,1%). Os mesmos percentuais (11,5%) foram encontrados para o primeiro grau completo e o segundo incompleto. Na categoria de não e semianalfabetos foram encontrados 3% e 2%, respectivamente. Em síntese pode-se afirmar que o perfil dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS Betim, em sua maioria são mulheres adultas. Esse resultado enfatiza o registro de outros autores sobre a predominância das mulheres como trabalhadoras (gerentes) e usuárias dos serviços de saúde. Guimarães (2001) levanta uma série de fatores ligados a participação das mulheres no mercado de trabalho (com destaque para os cargos de chefia), principalmente a partir da década de 90, e apresenta dados estatísticos para o setor saúde e educação; 8 a cada 10 trabalhadores nesse segmentos são mulheres. Vidal e Silvany Neto (2009) afirmam que o setor “educação, saúde e serviços sociais” concentram 16,9% das mulheres no mercado de trabalho, comparados aos 3,6% dos homens na mesma área. Sobre a predominância de mulheres usuárias dos serviços de saúde no SUS Betim, percebe-se não haver diferença em relação ao Brasil. Na análise realizada em Pelotas/RS, sobre o perfil sociodemográfico dos usuários das unidades básicas de saúde do município, 84,08% dos indivíduos entrevistados eram do sexo feminino. Ribeiro e colaboradores (2006) ao levantarem as pessoas que procuraram e foram atendidas nos serviços de saúde, em 2003, encontraram uma razão de 1,6 entre mulheres e homens. *“Com respeito à pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde, muitas são as suposições e/ou justificativas. Por um lado, associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do auto-cuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, no entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade”* (Figueiredo, 2005 p.106). Em relação à escolaridade e renda familiar em salários mínimos, os resultados estão diretamente relacionados, percebe-se a diferença salarial segundo os níveis hierárquicos do trabalho (gerente x trabalhador) e a semelhança de poder econômico entre a maioria dos trabalhadores e população. As variáveis escolaridade e renda dos usuários do SUS Betim, identificadas nessa pesquisa, são semelhantes aos relatos de Ribeiro e colaboradores (2006), os autores encontraram um percentual de 41,9% de usuários, que procuraram e foram atendidas nos

serviços de saúde em 2003, com escolaridade de até três anos e de 24% para 4 a 7 anos de estudo. A renda predominante dos usuários, encontrada pelos autores, foi de um a dois salários mínimos para 41% dos pesquisados, próximos aos dados registrados nessa pesquisa onde 47,7% dos respondentes recebiam de um a três salários mínimos. “A maior probabilidade de utilização do SUS por indivíduos pretos e pardos, com menor escolaridade e menor renda familiar per capita, características que são significantes mesmo após o ajuste pelas demais variáveis, indica o atendimento, pelo sistema público, dos grupos com inserção social mais precária, cumprindo as expectativas relativas ao desempenho dessa política pública. Estas três variáveis são as que permitem discriminar melhor as duas subpopulações de usuários dos serviços de saúde” (Ribeiro et al., 2006 p.1020). Constatou-se que participação da maioria dos trabalhadores nos conselhos de saúde é mínima, entretanto, a maioria deles afirma conhecer estas instâncias de participação social e ainda sabe qual é o papel específico do conselheiro de saúde. Tais informações revelam, portanto, que não há relação direta entre o conhecimento sobre os conselhos de saúde e o envolvimento da classe trabalhadora nos mesmos. Ainda é possível atribuir a esta circunstância o fato de que os trabalhadores estão automaticamente inseridos no contexto da participação popular estabelecida pela Lei 8.142 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. (BRASIL, 1990). Existe um grande esforço em conscientizar a classe trabalhadora da saúde sobre a importância de sua atuação no âmbito da participação social. Muitos acreditam que dispor o seu tempo para reuniões do conselho de saúde deve ser entendido como uma extensão do seu serviço profissional, e, portanto, cabe a eles remuneração por este ato. Gallo (2002) afirma que a ação democrática do controle social consiste em todos tomarem parte do processo decisório no setor de saúde sobre tudo aquilo que terá consequências na vida de toda coletividade. Da população usuária, apenas 13,90% responderam conhecer os conselhos de saúde. Destes, 68,35% tem conhecimento sobre qual é o papel do conselheiro. E dos que conhecem esta atribuição, 10,53% afirmaram exercer ou já terem exercido a função de conselheiro de saúde. Subentende-se, portanto, que o conhecimento sobre os conselhos de saúde não está ligado necessariamente ao exercício da função de conselheiro. Para Grisotti, Patrício e Silva (2007), apesar do grande esforço realizado por setores da sociedade em salientar a importância dos mecanismos de participação social, estes ainda permanecem como um ideário a ser alcançado. Além dos movimentos de participação popular no Brasil não terem encontrado bases estruturais de cunho institucional que os proporcionasse apoio a longo prazo, não é característico na sociedade brasileira uma cultura participativa. O autor levanta os motivos da pouca participação como falha na estruturação de políticas públicas e pressões de interesses particulares, fatos históricos que corroem a democracia do Estado Brasileiro, clientelismo e paternalismo. Dal Poz e Pinheiro afirmam que “a participação dos usuários nos conselhos constitui-se numa tarefa complexa, especialmente pela diversidade de linguagem que há entre o setor saúde (prestadores de serviços privado e público e os trabalhadores de saúde) e aqueles que utilizam os serviços” (GRISOTTI, PATRÍCIO e SILVA, 2007, p. 836). Os resultados da pesquisa mostraram que quanto maior o nível de escolaridade dos indivi-

duos, maior é o conhecimento destes sobre os mecanismos de participação social. Dentre as faixas de escolaridade, a maioria dos usuários que possuem ensino superior completo, 64,71%, sabem o que são os conselhos de saúde, enquanto no grupo com escolaridade equivalente ao 1º grau incompleto este número refere-se à apenas 7,89% do total. Quando perguntado sobre o Controle Social, aproximadamente, 90% dos usuários pesquisados disseram não saber do que se tratava. Da classe trabalhadora, esta constatação refere-se a 55,44% do universo. Entretanto, analisando sob a perspectiva de todo público entrevistado (usuários, trabalhadores e gestores), observa-se que é consideravelmente alto o percentual referente ao desconhecimento sobre o controle social, que compreende a 90,30% da amostra. A maioria dos trabalhadores que participaram da pesquisa diz se familiarizar com o conceito de controle social, contrapondo-se aos resultados referentes à população dos usuários e revelando a existência de certa assimetria quanto aos níveis de hierarquização social, pois aqueles que detêm maior conhecimento acerca do controle social são aqueles cuja participação é mínima. A partir disto, é coerente dizer que o fato de obter informação sobre os mecanismos de controle social não é garantia da participação popular. Sobre a relação entre a definição do controle social e a concepção a respeito dos conselhos de saúde na perspectiva de usuários, dos 8,70% daqueles que afirmaram saber o que é controle social, 53,33% também sabem o que são os conselhos de saúde. Sob o ponto de vista dos trabalhadores, este número refere-se a 42,46% e 82,64%, respectivamente. A participação da população de Betim nas reuniões das unidades de saúde demonstrou lacunas. Verificou-se que 77% das pessoas que responderam ao questionário disseram que não participam das reuniões nas unidades de saúde. Este quadro revela que as questões relacionadas à saúde e aos problemas gerais da comunidade precisam ser discutidas pelos gestores para o envolvimento dos moradores e a construção de cidadão usuário. Os dados mostraram que aproximadamente 61,16% dos trabalhadores que conhecem o controle social já participaram das reuniões da unidade de saúde em que atuam, percentual semelhante ao daqueles que desconhecem tal conceito (62,03%). Observa-se, portanto, que o fato de conhecer ou não o conceito de controle social não está vinculado a maior ou menor engajamento dos profissionais da saúde. A grande maioria dos trabalhadores abordados neste estudo, 71, 58%, afirmaram ter vontade de participar das reuniões que acontecem nas unidades de saúde. Dentre aqueles que nunca participaram das reuniões (38,25%) constatou-se que 39,45% disseram não ter nenhum desejo de envolverem, evidenciando certo desinteresse e desconhecimento sobre o papel que desempenham nas questões sociais da saúde pública. A informação entre unidade de saúde e usuário deve ser fortalecida, tendo em vista que 52% dos entrevistados disseram que não sabe se há serviço de reclamações, sugestões e outros. Esta articulação é fundamental para o acompanhamento, avaliação e aperfeiçoamento das ações prestadas. Os usuários abordados foram perguntados quanto a sua contribuição em um determinado projeto que não os beneficiasse diretamente, mas trouxesse ganhos para a maioria da população do bairro, e 90% revelaram que colaborariam para a execução de ações desta natureza, 7,80% negaram qualquer apoio e 2% não responderam a questão. Wilkinson revela que “a ideia de promover saúde tem se tornado uma força vital no novo movimento de saúde pública, no qual a saúde é concebida também como um

fenômeno social que diz respeito à qualidade de vida e capital social”. Souza e Grundy (2004) discutem que “*Capital social diz respeito a um conjunto de elementos da organização social tais como confiança mútua, normas de reciprocidade e solidariedade (elementos cognitivos), como também o engajamento cívico e redes de associações (elementos estruturais) que facilitam a coordenação e cooperação de ações coletivas para o alcance de benefícios. Capital social, dessa forma, se refere à coesão social que resulta de uma comunidade participativa*”. A acumulação do que se denomina capital social na sociedade está intrinsecamente ligada à competência dos órgãos governamentais assistirem à toda comunidade. (BASTOS, SANTOS e TOVO, 2009). Portanto, tendo em vista os dados obtidos e analisando esta questão sob a ótica do capital social, o governo local tem grandes chances de estabelecer com êxito projetos e ações sociais para benefício da população. Na percepção da maioria dos usuários entrevistados (87,80%) os serviços prestados nas unidades foram avaliados entre regular e muito bom. Este fato, aliado ao alto percentual de usuários (69,6%) que desejam participar de reuniões, é um incentivo aos gestores e profissionais das unidades, iniciativa que fortaleceria a participação social e reformularia as ações de saúde de acordo com as necessidades locais. Percebe-se que a avaliação da equipe de saúde deve ser contínua, ouvindo os usuários e analisando a efetividade das ações de saúde na perspectiva de oferecer o melhor que o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe, a universalidade, integralidade e equidade, e o desafio de atuar de forma humanizada. A educação popular é uma forte ferramenta social que pode contribuir significativamente para o apoderamento da população dos instrumentos de participação social, bem como de seus direitos e deveres quanto cidadão. É preciso que haja meios de divulgação verdadeiramente eficientes para orientar a população sobre a importância da participação no Controle Social para que possam atuar de forma participativa na organização dos serviços prestados pelo SUS.

REFERÊNCIAS: BASTOS, Francisco Avelar; SANTOS, Everton; TOVO, Maximiano Ferreira. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 18, nº 2, p. 177-188, 2009. BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de dezembro de 1990. FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, nº 1, p. 105-109, 2005. GRISOTTI, Márcia; PATRÍCIO, Zuleica Maria; SILVA, Andréia. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, nº 3, p. 831-840, 2007. GUIMARAES, Nadya Araújo. Laboriosas mas redundantes: gênero e mobilidade no trabalho no Brasil dos 90. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 9, n. 1, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2001000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 dez 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2001000100005>. REIS, Jacqueline do Carmo, RENA, Luiz Carlos B, NASCIMENTO, Luiz Carlos, CUNHA, Maria da Consolação Magalhães. SILVA, Aluísio Eustáquio da. Saúde nos Interesses: instituindo um observatório do controle social no SUS/Betim. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Projeto de Extensão, 2010. RIBEIRO, Manoel Carlos

Sampaio de Almeida, BARATA, Rita Barradas, ALMEIDA Márcia Furquim de, SILVA, Zilda Pereira da. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, nº 4, p. 1011-1022, 2006. SOUZA, Elza Maria; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, nº 5, p. 1354-1360, setembro/outubro de 2004. VIDAL, Renata de Queiroz Santana, SILVANY NETO, Annibal Muniz. Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, vol. 34, nº 120, p. 115-127, 2009.

Fórum inter-religioso, experiência de democracia, cidadania, humanização e acolhimento em uma instituição pública de saúde

Dorislaine Rodrigues de Oliveira

O Fórum Inter-religioso do Grupo Hospitalar Conceição, instituição pública de saúde 100% SUS, tem a função de organizar o ingresso dos religiosos de várias denominações para a assistência espiritual no GHC de forma a cumprir as diretrizes do sistema único de saúde com ênfase no direito dos usuários deste sistema. “Todo o cidadão tem direito a tratamento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”, diz III princípio dos direitos dos usuários do SUS. Segundo a Declaração Universal de Direitos Humanos todo o cidadão tem direito cultivar livremente sua religião. Conforme a OMS, a saúde integral não é apenas a ausência de doença, mas é a situação de bem-estar físico, mental e social de cada indivíduo. A assistência espiritual no GHC vem se transformando desde 2001 quando agregou outras denominações cristãs além da religião católica formando assim, um fórum ecumênico que através da coordenação de um pastor cristão, capacitou religiosos para visitação aos pacientes na instituição. A partir de 2007 foi criado o Fórum Inter-religioso, iniciando-se então a inclusão de religiões não cristãs e de filosofias de vida às visitas. Em 2008, foi construído um espaço inter-religioso em um dos hospitais da rede substituindo a capela que existia no local, em caráter definitivo. O Fórum Inter Religioso do GHC é composto por estas denominações religiosas: Seicho-No-Ie do Brasil (filosofia de vida); religiões de Matriz Africanas e Umbandistas; a Igreja Católica, Sociedade Espírita, Igreja Evangélica Luterana do Brasil, Igreja Assembléia de Deus, Igreja Batista Palavra Viva, Igreja Universal do Reino de Deus, Igreja Evangélica Nova Jerusalém, a Comunidade Evangélica Seara, Igreja Messiânica do Brasil (Johrei), Igreja quadrangular, e doutrina espírita até agora. A coordenação do Fórum Inter-religioso é composta de duas representações por denominação religiosa e um representante do GHC que se reúnem para debater e encaminhar as questões da assistência espiritual, como as celebrações, visitas e encontros etc. A coordenadora do Fórum Inter-religioso representante do ghc mantém parcerias com os setores administrativos e de assistência do ghc que facilitam a realização do trabalho a que se propõem. Como método organizativo de trabalho, o Fórum Inter-religioso pensou o regulamento para as visitas de religiosos aos pacientes, promoveu curso obrigatório de capacitação para visitas e confeccionou crachás para identificação. O curso foi realizado em quatro módulos num total de 12 horas com conteúdos informativos sobre as normas da instituição, funcionamento do SUS, Declaração Universal de Direitos Humanos, normas de segurança e lei que garante o acesso dos religiosos a hospitais públicos para a assistência religiosa. A coordenação do Fórum inter-religioso representante do GHC conta com a parceria das equipes administrativas de cada unidade hospitalar da rede para que este trabalho seja desenvolvido com responsabilidade social...

Histórico: O Fórum Inter-religioso do Grupo Hospitalar Conceição, instituição pública de saúde 100% SUS, tem a função de organizar o ingresso dos religiosos de várias denominações para a assistência espiritual no GHC de forma a cumprir as diretrizes do sistema único de saúde com ênfase no direito dos usuários deste sistema. “Todo o cidadão tem direito a tratamento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”, diz III princípio dos direitos dos usuários do SUS. Segundo a Declaração Universal de Direitos Humanos todo o cidadão tem direito cultivar livremente sua religião. Conforme a OMS, a saúde integral não é apenas a ausência de doença, mas é a situação de bem-estar físico, mental e social de cada indivíduo. A assistência espiritual no GHC vem se transformando desde 2001 quando agregou outras denominações cristãs além da religião católica formando assim, um fórum ecumênico que através da coordenação de um pastor cristão, capacitou religiosos para visitação aos pacientes na instituição. A partir de 2007 foi criado o Fórum Inter-religioso, iniciando-se então a inclusão de religiões não cristãs e de filosofias de vida às visitas. Em 2008, foi construído um espaço inter-religioso em um dos hospitais da rede substituindo a capela que existia no local, em caráter definitivo. O Fórum Inter Religioso do GHC é composto por estas denominações religiosas: Seicho-No-Ie do Brasil (filosofia de vida); religiões de Matriz Africanas e Umbandistas; a Igreja Católica, Sociedade Espírita, Igreja Evangélica Luterana do Brasil, Igreja Assembléia de Deus, Igreja Batista Palavra Viva, Igreja Universal do Reino de Deus, Igreja Evangélica Nova Jerusalém, a Comunidade Evangélica Seara, Igreja Messiânica do Brasil (Johrei), Igreja quadrangular, e doutrina espírita até agora. A coordenação do Fórum Inter-religioso é composta de duas representações por denominação religiosa e um representante do GHC que se reúnem para debater e encaminhar as questões da assistência espiritual, como as celebrações, visitas e encontros etc. A coordenadora do Fórum Inter-religioso representante do ghc mantém parcerias com os setores administrativos e de assistência do ghc que facilitam a realização do trabalho a que se propõem. Como método organizativo de trabalho, o Fórum Inter-religioso pensou o regulamento para as visitas de religiosos aos pacientes, promoveu curso obrigatório de capacitação para visitas e confeccionou crachás para identificação. O curso foi realizado em quatro módulos num total de 12 horas com conteúdos informativos sobre as normas da instituição, funcionamento do SUS, Declaração Universal de Direitos Humanos, normas de segurança e lei que garante o acesso dos religiosos a hospitais públicos para a assistência religiosa. A coordenação do Fórum inter-religioso representante do GHC conta com a parceria das equipes administrativas de cada unidade hospitalar da rede para que este trabalho seja desenvolvido com responsabilidade social...

Processo saúde/doença e a enfermagem

Ernande Valentin do Prado

Este trabalho tem o objetivo o de refletir sobre a concepção teórica de saúde dos profissionais e sobre as consequências desta no cotidiano dos serviços. Trata-se de um trabalho de revisão de literatura, que demonstra que, de um modo geral, os profissionais entendem a saúde como sendo ausência de doenças biológicas e que isto condiciona os cuidados de Enfermagem aos procedimentos técnicos e ações de prevenção focal de doenças.

INTRODUÇÃO: Ainda hoje a maioria dos profissionais de saúde, Enfermeiros, Nutricionistas, Psicólogo, Médicos, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Odontólogos, Farmacêuticos, enfim, praticamente todos os profissionais da área de saúde, entendem saúde como sendo ausência de doença. Ou seja, que ter saúde é não estar doente, e doença significa ter uma dor, uma ferida localizada inequivocamente em uma parte do corpo. Este entendimento, apesar de não ser orgânica da população, acaba assumido por parte dos usuários do serviço de saúde, não importa se público ou privado. Isso acontece de forma contraditória, pois a população associa a percepção biomédica dos profissionais com outras mais subjetivas¹. Desta concepção biologicista é que deriva a falta de integralidades nos serviços de saúde, por consequência o não atendimento das demandas por cuidados que vá além dos aspectos meramente biológicos. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é refletir sobre a influência da concepção de saúde na produção do cuidado de enfermagem no cotidiano dos serviços. **SAÚDE E DOENÇA:** A concepção de saúde determina as práticas profissionais desenvolvidas no cotidiano dos serviços de atenção à saúde². Esta é um reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural da época em que se vive e não é percebida da mesma forma por todos. Consideram-se ainda valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas³. Saúde/doença já foram pensadas como merecimento ou castigo divino. Nestas épocas os cuidados de enfermagem consistiam basicamente de fazer a vontade divina, contribuir para que os pecados fossem expiados para voltar a ter saúde ou realizar a passagem para o mundo sobrenatural. Nestas épocas “O conhecimento dos meios de cura conferia poder no seio dos grupamentos humanos, e o homem, aliando tal conhecimento ao misticismo, fortaleceu esse poder e apoderou-se dele, transformando-se muitas vezes em figura mística ou religiosa para aplacar a forças do mal”. Centenas de anos se passaram desde estas épocas remotas da humanidade. Novas concepções foram sendo incorporadas, mas o entendimento mágico religioso ainda perdura em muitos lugares e em muitas culturas, seja urbana ou rural, apesar dos esforços racionalizantes dos defensores da ciência cartesiana. Uma forma de entendimento de saúde/doença, que perdura apesar das evidencias demonstrarem estar ultrapassado, é diretamente responsabilidade dos profissionais de saúde. Esta concepção define saúde como não estar doente ou não ter uma dor. Este é o resultado lógico da concepção mecanicista da vida derivada da ciên-

cia cartesiana⁵. A consequência disto é o serviço, ou seja, o Sistema Único de Saúde - SUS, ser estruturado para retirar, arrancar, extirpar a dor, a ferida. Em alguns casos pensa-se em evitar a dor e a ferida. Ou seja, prevenção. Mas ainda assim não perde de vista a questão da dor, da ferida, dos agravos, sobretudo biológicos. *“Os profissionais de saúde e também a população apreenderam durante anos uma prática em saúde que não buscava o olhar integral. Com a reforma, é necessário incorporar e construir uma nova concepção de saúde, capaz de compreender o indivíduo no contexto de uma coletividade e dos problemas que dela emana. Esse desafio remete à questão da formação profissional e de novas práticas sociais^{6:58}.”* Para quem acredita que essa discussão é muito abstrata e que na prática esta não é uma questão fundamental, ressalta-se o que diz Thomaz em texto de Minayo¹: *“O problema das ideias que a gente tem, o problema das questões que a gente pensa é que aquilo que a gente pensa é real nas suas consequências.”* Batistella² diz que *“Os conceitos são a referência da prática. Traduzem-se nas opções de conhecimento necessário, no desenvolvimento de métodos, técnicas e instrumentos para a intervenção e, em última análise, na própria forma de a sociedade organizar-se para provê-la (a saúde) ou evita-la (a doença)”*. Portanto se gestores e profissionais acreditam que saúde é simplesmente o resultado de não estar doente, o serviço de saúde será organizado para evitar ou curar a doença e, as demais atividades serão desconsideradas. Nesta concepção cabe ao Enfermeiro apenas fazer o curativo, entregar a medicação, deixar o doente o mais confortável possível, enquanto o médico faz o trabalho principal, ou seja, tirar a dor e trazer a cura. Nesta visão simplista do processo saúde/doença as práticas integrativas e complementares e mesmo as práticas populares de cuidado não se fazem necessárias, o que é incoerente com a busca por integralidade. Cada sociedade organiza seu sistema de saúde conforme o entendimento que tem do conceito de saúde⁷. Esse entendimento, no Brasil, começou a mudar efetivamente a partir da reforma sanitária nos anos 70 e culminou com a criação do SUS na Constituição Federal de 1988. O SUS foi pensado para dar respostas às condições de vida da população e atender as necessidades integrais. No entanto, as práticas nos serviços de saúde ainda ficam no básico, no que os profissionais sentem-se confortáveis em fazer, pois é o que efetivamente conhecem. Ou seja, ainda praticam saúde como sendo ausência de dor/doença/agravo. Isto acontece, entre outros motivos, porque a força de trabalho disponível para gerir o SUS é limitada qualitativamente⁸. Resultado direto do modo de ensino focado no modelo biomédico, que se estende a todas as profissões da área e não apenas aos estudantes de medicina, conforme ressalta Da Ross: *“[...] a saúde é entendida assim: tem que ser resolvida aos pedaços, como se ensina na anatomia. Então, é necessário que existam muitas especialistas em pedaços. Também tem que ser um jeito de pensar em que só a biologia possa interessar, o que for social e psicológico não importa^{9:22}”*. A organização do serviço de saúde resultante desta concepção reducionista é esta que tem como finalidade primordial *“arrancar a dor”*. A maioria dos profissionais de saúde acredita que a forma certa e objetiva de fazer isto é pedindo exames e prescrevendo medicações. E, de um modo geral, estas condutas são prerrogativas históricas do profissional médico. Então tudo acaba sendo estruturado em torno do saber e do fazer deste profissional¹⁰. Aos outros cabe ajudar a cumprir sua missão de extirpar a dor. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A visão mecânica do conceito de saúde ou da ciência que lhe embasa, ou seja, restrito a doença e as formas de terapêutica inerentes não deixa espaço de atuação para ne-

nhum profissional e nem mesmo margem de autogovernança para o doente e/ou sujeitos. Nesta visão o médico prescreve e suas ordens são leis. Mas se o conceito muda, transforma-se, amplia-se, modifica-se o significado do próprio saber e fazer em saúde. “Tal processo, no entanto, dependerá da mudança conceitual no interior da sociedade como um todo, para o que profissões voltadas para um sentido de qualidade de vida, possam contribuir” [...] ^{11:13}. Trocando em miúdos, isto quer dizer que antes desta mudança fundamental no entendimento do conceito de saúde, que deixou de significar ausência de doenças biológica para incorporar valores como bem estar sócio-financeiro-cultural e espiritual, muda completamente o trabalho dos profissionais de saúde, sobretudo do Enfermeiro. Se antes os cuidados de Enfermagem eram apenas cuidar das feridas biológicas, agora incorporaram dimensões antes inimagináveis, pois precisa realmente ver o indivíduo como um todo e não como paciente. Muda também a relação com as forma alternativas e populares de cuidado e cura, pois chegar à integralidade sem considerar os cuidados populares e alternativos, tais como Parteiras, Benzedeiras, terapeutas holísticos, massoterapeutas e outros é impossível. A Enfermagem é uma profissão da área desáude, ou seja, seu objeto de trabalho é a pessoa. Não necessariamente a pessoa doente, mas a pessoa que pode ou não estar e pode ou não ficar doente. Deve se buscar evitar que ela adoça e se adoecer precisara cuidar para que se reestabeleça o mais rápido possível, se a doença não tiver cura deve ser acompanhada o mais de perto possível. Além disso, a pessoa para ter saúde de verdade, conforme a Constituição Federal de 1988 deve ter casa, transporte, alimentação, escola, acesso a bens e serviços de saúde de qualidade, emprego e renda suficiente para se manter com dignidade, etc. Então cuidados de Enfermagem hoje seria contribuir para que todas estas condições sejam garantidas ao indivíduo, a família e a comunidade. Isso quer dizer que o trabalho verdadeiro e mais importante da Enfermagem é promover saúde. E promover saúde exige novos saberes e novos fazeres. Se antes era simples ser Enfermeiro, bastando fazer o curativo, hoje o que se precisa saber e fazer, mudou e complexificou. Muitas vezes anda-se no escuro sem saber exatamente o que fazer em cada uma das situações que se apresenta no dia-a-dia. Bem vindo à era da incerteza. Com certeza agora ficou mais interessante ser enfermeiro, apesar de ser bem mais difícil. REFERENCIAS:

Educação popular e a promoção da equidade em saúde: o encontro nacional de saúde do povo cigano como experiência de diálogo

Esdras Daniel dos Santos Pereira

O presente texto trata de um relato desenvolvido a partir do I Encontro Nacional de Saúde do Povo Cigano, realizado no período de 18 a 20 de abril, em Brasília-DF. O evento constitui-se em uma primeira aproximação com representações dos povos ciganos na perspectiva de dialogar sobre o direito à saúde e sobre as iniquidades em saúde enfrentadas pelo povo cigano por sua condição cultural e modo de viver itinerante. A construção do evento em questão foi responsabilidade da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social – SGEP- Ministério da Saúde. Pretende-se a partir deste relato demonstrar as possibilidades de construção de espaços participativos de formulação em saúde. Tratou-se do exercício institucional de construção e realização de um evento que permitiu a expressão autônoma, o diálogo participativo considerando em todo o processo o conjunto de valores e expressões desta população.

Introdução: O presente texto trata de um relato desenvolvido a partir do I Encontro Nacional de Saúde do Povo Cigano, realizado no período de 18 a 20 de abril, em Brasília-DF. O evento constitui-se em uma primeira aproximação com representações dos povos ciganos na perspectiva de dialogar sobre o direito à saúde e sobre as iniquidades em saúde enfrentadas pelo povo cigano por sua condição cultural e modo de viver itinerante. A construção do evento em questão foi responsabilidade da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social – SGEP- Ministério da Saúde. Pretende-se a partir deste relato demonstrar as possibilidades de construção de espaços participativos de formulação em saúde. Tratou-se do exercício institucional de construção e realização de um evento que permitiu a expressão autônoma, o diálogo participativo considerando em todo o processo o conjunto de valores e expressões desta população. I Encontro Nacional de Saúde do Povo Cigano: Véspera do aniversário da cidade planejada, capital das construções e contradições políticas do Brasil. Pela manhã ouvia-se o som do violão logo ao descer do elevador. Poucos passos levavam a um espaço que se transformava pelas cores, conversas em alto tom, abraços e sorrisos. Ao fundo a música, em língua desconhecida transmitia fraternidade e era entoada em voz alta. Assim começava a manhã de trabalho do Encontro Nacional de Saúde do Povo Cigano, com seu acolhimento natural e espontâneo. O ato material e simbólico de emitir os Cartões Nacionais de Saúde gerou reflexões que já expressavam o reconhecimento da saúde como direito “*Nos locais onde chegamos somos mau tratados pelos agentes do SUS, que desconhecem as portarias e leis que garantem nosso acesso sem necessidade de endereço*”. Mesa composta iniciam-se as falas: Inicialmente abordou-se a necessidade do reconhecimento das peculiaridades em saúde do povo cigano e reconhecer que grupo em iniquidade vem conquistando direitos no diálogo com o poder público e na luta militante. Refletiu-se a necessidade

de empoderar os povos ciganos do que é o controle social no SUS e como construir sua luta e representação nos espaços de participação social. Entretanto lembrou-se que a idéia que motiva esta ação a partir do Departamento de Apoio à Gestão Participativa é fortalecer a autonomia dos movimentos sociais. *“Queremos movimentos sujeitos para atuar nesse processo de forma autônoma e comprometida com sua representação. Reginaldo Alves das Chagas”*. Como estabelecer a relação de cidadania do povo cigano e seu acesso à saúde? Essa era provocação lançada ao debate. Como fortalecer o papel de pressionar e de se organizar que os movimentos sociais trazem? Dando seqüência a experiência do movimento negro no campo da saúde era contada por um de seus protagonistas e debatida diretamente, como numa conversa entre amigos. *“A primeira coisa que o gestor pergunta é: Porque saúde dos povos ciganos uma vez que o SUS é para todos? Em relação a população negra essa pergunta é constante. José Marmo”*. Relembrou-se as garantias da Constituição, da Declaração Universal de Direitos Humanos também. Reiterou-se a necessidade de conhecer mortes evitáveis e suas associações com preconceitos e modos de vida de todas as populações. Em relação ao povo negro lembrou-se os estigmas de bagunceiros, preguiçosos, desonestos e os falsos elogios como bom de cama, bom de samba e bom de bola. *“Até o que o imaginário era bom nos foi tomado, afinal Kaká é branco e já foi o melhor do mundo (risos)”*. A população negra entrou fortemente nos espaços das Conferências Nacionais de Saúde, em 2004 e conquistaram muito na 12ª CNS dando início aos comitês técnicos e a inserção nos conselhos de saúde. Relatou-se a mobilização nacional, o reconhecimento do Racismo institucional e o atual momento da política propriamente dita como lei. *“Ocupar o espaço público de participação é fundamental para sermos lembrados nas políticas e lutarmos para que nossos temas venham à tona.”* Finalizou lembrando que uma inserção possível são as comissões do Conselho Nacional de Saúde com o resgate de que a população. Negra ocupou esse espaço como uma de suas prioridades. A conversa era entremeada de relatos como o de uma Cigana que ao ser picada por uma aranha afirma que sequer foi olhada e já mandaram tomar uma benzetacil sendo que ela sabia que era necessária medicação específica para aquele tipo de aranha. *“Eles (médicos) sequer tocam em nossa gente. Não nos é garantido pré-natal. É preciso primeiro acabar com o preconceito com o nosso povo. Os negros já conquistaram muito, mas nós Calons temos milênios a caminhar. É preciso que se conheçam na etnia cigana suas peculiaridades, Os Calons são pobres e morrem todo dia, os Rom estão morrendo também”*. O chamado das lideranças ciganas era pela união e pelo reconhecimento do nosso SUS como nosso plano de saúde, que para ser universal precisa acolher as diferenças de negro, ciganos, todos. *“Em relação a saúde, falta de respeito e falta de dignidade faz mal à saúde. Nós entendemos de sofrimento, com a falta de respeito. Nós queremos ser protagonistas da história, queremos ter orgulho do que somos e não de profissões, de ser professor, engenheiro essas coisas.”* Em meio a cada conversa, elementos culturais iam surgindo nas falas demonstrando tradições e costumes dessa população que ali compartilhava de modo amistoso sua cultura e história. *“Nós seguramos a virgindade de nossas filhas até o casamento, não podemos deixar nossas filhas na escola após a menarca pelo interesse dos meninos não ciganos e tantas outras peculiaridades”*. A representação dos Secretários Municipais de Saúde lembrou que aquele era um momento de encontro, de reconhecimento do local de cada fala. *“Assim como eu não conheço a cultura do povo cigano creio que vocês não sabem o que é CONASEMS. Nós representamos municípios nos es-*

paços tripartite de gestão. Tripartite? Piorou né. É preciso que iniciemos a conversa nos conhecendo mesmo.(...) Ver, para conhecer, para compreender, para usar e valorizar. Precisamos conhecer o SUS.” Mesmo com o reconhecimento dos problemas no acesso aos serviços, nas estruturas foi lembrado que muitas ações exitosas vem acontecendo no SUS e não há divulgação por interesses diversos. Lembrou-se o papel do gestor em saúde, a necessidade de que o debate sobre a Equidade faça parte das realidades locais e que o respeito à cultura dos povos ciganos faça parte da realidade nos serviços de saúde. Afirmou-se ainda que geralmente o gestor é culpabilizado por responsabilidades que não são de sua alçada e lembrou-se que o servidor público, trabalhador da saúde deve lembrar sua função de atendimento ao público sem preconceitos. Aos poucos os relatos iam surgindo como a história contada sobre o que vem ocorrendo em Guarulhos, onde o trabalho de representação feito por uma entidade cigana tem promovido o reconhecimento da cultura cigana pelos serviços públicos. Contou ainda que a inserção da entidade se deu pelo Conselho de Igualdade Racial. *“Hoje temos ações em saúde e já expandimos para a assistência social. Precisamos nos organizar para participar, promover a troca de conhecimentos entre as lideranças ciganas.”* Por fim veio a metáfora entre Santos Futebol Clube X SUS – O Santos em seus 100 anos foi recebido no congresso, ganhou uma semana de programas e notícias. Em 2013 o SUS fará 25 anos, um quarto de século. Como será que trataremos a data? Quem são nossos atacantes? Temos defesa? Quais são nossos Gols de Placa? E lembrou ainda: O preconceito não muda com lei ou portaria. *“O gestor e os profissionais de saúde de onde moro pediram para conhecer mais a comunidade e hoje já temos trabalhos no nosso acampamento. É importante combater o preconceito e o medo que os agentes de saúde tem da nossa gente.”* Entre reflexões, críticas e reivindicações, eram latentes os incômodos relacionados aos clãs ou castas ciganas, como se não houvesse diálogo anterior entre estes representantes. Entretanto, a busca maior era pela união e construção coletiva daquele espaço de roda. *“Falamos muito das castas ciganas e seus direitos. Nós Calons viemos escravos para o país. O Brasil Cigano não é Calon, Romi, Calderashi, ele é Cigano, é uma nação. Chega de desreito a nossos direitos. Precisamos crescer como povo, gigantes em nossa cultura.”* *“Tem que ter uma maior fraternização, a luta tem que ser a mesma! Somos ciganos independente da origem e sofremos dos mesmos problemas. O encontro deveria tratar mais sobre saúde, quais as necessidades e onde estão essas necessidades.”* Lembrou-se que aquele era um espaço político, um espaço de encontro entre duas entidades que não se conhecem, o SUS e os povos ciganos. É um encontro difícil. A questão ali colocada era “o direito para além da lei”. *“Como é que nós, enquanto cidadãos vamos lutar por nosso direito? Governo não é sensível a sofrimento e sentimentos e sim a números. Precisamos dizer ao governo o que precisamos, mas isso também perpassa conhecer e ocupar politicamente os espaços públicos. É preciso que o povo cigano diga como se cuida e como quer ser cuidado. Precisamos reconhecer o saber que vocês tem. José Ivo Pedrosa”.* As reflexões na Roda promoviam conversas e relatos únicos sobre a realidade do povo cigano. Notadamente era possível perceber que os males gerados pelo preconceito associavam-se aos problemas da atualidade como dependência química entre outros. *“As pessoas não alugam casas para a gente, não podemos andar como ciganos, nossas filhas se vestem com farda para ir as escolas. Nos falta água, alimento e o trabalho que é feito para nossa população é do nosso bolso mesmo. A pobreza atrapalha a saúde. Entendeu?”.* *“Dentro dos nossos ranchos temos dependência química e nossos jovens estão se matando o problema da droga é latente, envolve auto-esti-*

ma. Em qualquer sociedade existe a merda, mas também existe esperança. Temos crianças fumando 40 pedras de crack por dia, estamos a mercê dessa sociedade. Brasília é uma terra sem lei. A miséria é muita e a cidade foi rifada. O entorno agora cobra com a violência. Não adianta juiz ganhar trinta mil reais e pai de família ganhar 600 reais". No almoço, era possível perceber as conversas nas mesas, o diálogo sobre os conflitos do espaço e sobre a necessidade de superar as rixas passadas. A roda de conversa - Iniciou com a lembrança do histórico da abertura desses espaços de diálogo entre os povos ciganos e o Ministério da Saúde. O mote era o conhecimento das necessidades e anseios, das questões que os povos ciganos apresentam como problema para uma política pública de responsabilidade do Estado, demonstrando que o olhar sobre os direitos precisa ser ampliado. A conversa fluiu em direção a relação serviço de saúde e os povos ciganos e nas maneiras diversas de promover a reflexão sobre essa relação. A reflexão sobre o respeito que se deve ter à cultura de um povo e a seu saber era constantemente retomada. A postura policialesca de alguns serviços de saúde foi refletida como prática preconceituosa. *"Não vá ao acampamento armado de muitas perguntas, pois você já vai fechar a porta... Mesmo barraca não tendo porta. Para que vou tomar um medicamento que não sei o que é, e trago por alguém que não conheço? Se estamos vivos a 5.000 anos é por algo sabemos sobre nossa saúde."* No entremeio da conversa os costumes juntavam-se à saúde de forma natural na conversa, aos poucos os valores, costumes e crenças em saúde iam somando-se nas falas de quem vive a tradição cigana. *"Nossos jovens conheceram e casarão com não ciganas e isso é ruim para a comunidade porque quem transmite nossa tradição é a mulher. Muitas não se adaptam. Há proibição desse tipo de casamento em nossas comunidades. "A mulher cigana cria os filhos e os netos, não tem tempo para ela e quando atenta para sua saúde ela já está explodindo"*. Quando o foco era a vivência cotidiana dos serviços de saúde, essas expressões culturais somavam-se à reivindicação e demonstravam que existem muitos conflitos que podem ser gerados pelo desconhecimento ou invisibilidade desta cultura frente aos serviços de saúde. *"Onde há uma pessoa de nossa família doente, todos acampamos. Nossa cultura é diferente e é preciso um espaço que dialogue com a população. O dever de vocês é aprender a se aproximar e não o nosso de aprender a falar de saúde. Qual a estratégia da saúde para nos conhecer? Tem que treinar equipes dos profissionais para ter contato conosco"*. É preciso destacar que os Serviços de Atenção Básica do SUS possuem grande legitimidade e reconhecimento dos povos ciganos, pois diversos exemplos apontavam para o trabalho dos agentes comunitários. *"Já aprendemos que se há higiene e saneamento temos saúde, se o agente de saúde está fazendo seu trabalho, também reduzimos nossas idas aos hospitais, que ficam com função de emergência."* Por outro lado, o conflito gerado pela condição de itinerante era relatado constantemente como oriundo das instituições públicas. A realidade do povo migrante, era expressa em falas de líderes que contavam como era conflituosa a realidade cigana. *"O maior inimigo do povo cigano é o governo municipal. Quando chegamos em qualquer cidade, somos recebidos pela polícia que nos coloca para fora, os revista e nos agride."* E aos poucos surgiam propostas estratégicas que eram debatidas por todos em um processo de construção de reivindicações em saúde. *"Porque não pode ter um Agente comunitário de saúde voltado para os povos ciganos? Como vou falar da minha vida com um profissional que não sabe que eu existo? É simples, chega no serviço e designa um agente que seja, alguém que tenha interesse e que consiga fazer esse diálogo."* Ao fim do dia, o violino tocado e a dança cigana fechavam o momento selando compromissos e alianças firmadas. O

segundo dia do encontro iniciou-se com uma reunião entre as lideranças ciganas, homens líderes dos seus clãs que compartilhavam da idéia de criação do Conselho Nacional Cigano, entidade ainda em formação, mas que busca ser um colegiado com representações de Kalons, Roms e Calderashi. O espaço promoveu a possibilidade deste grupo se reunir e refletir sobre as necessidades de articulação e representação. Outro momento emblemático foi o diálogo junto à representação do Ministério da Cultura. Foram relatados problemas com o recebimento dos Prêmios do Ministério da Cultura. Muitos não receberam a premiação e segundo informou a técnica do MinC não haverá pagamento dos prêmios anteriores mas será realizado novo prêmio. Era nítido a frustração dos ciganos envolvidos com o processo de mobilização e divulgação do Prêmio Culturas Ciganas 2010. Foi apontado que é possível acessar apoio à participação em espaços para os povos ciganos em uma nova área técnica (fusão da secretaria da diversidade cultural com a secretaria da cidadania cultural - do Ministério da Cultura). O ministério da cultura está retomando o tema. É importante buscar o site do ministério da cultura www.cultura.gov.br. Fechando a roda de conversa buscou-se sistematizar as principais demandas e propostas em saúde dos povos ciganos que ficaram assim apontadas: Não há acesso a informação sobre direito à saúde aos ciganos; É preciso buscar conhecer as vulnerabilidades associadas à dos povos ciganos; Fortalecer a participação cigana nos espaços públicos de reivindicação dos direitos; Necessidade de promover a sensibilização E A conscientização de funcionários dos serviços públicos, saúde, educação, etc, para a questão do reconhecimento dos direitos dos povos ciganos; Promover produção de conhecimento no tema, com pesquisas e com a produção de dados nas instituições; Promover a inclusão da saúde dos povos ciganos nos processos de formação e de educação permanente em saúde (treinamentos, cursos); Promover o diálogo entre as etnias ciganas fortalecendo os direitos dos povos ciganos; Inserção da atenção aos povos ciganos na Atenção Básica; Promover parceria das universidades para a aproximação dos sujeitos em formação para trabalharem com os povos ciganos; Promover a parceria com os povos ciganos para a realização do mapeamento ou levantamento do número de ciganos em cada localidade; Promover a educação de profissionais de saúde para o olhar transcultural, nas graduações e nos serviços de saúde. Os profissionais precisam receber informações para o respeito à outras culturas; Levar a informação sobre os ciganos e sua cultura para todos os gestores e trabalhadores da saúde; Promover o respeito aos povos ciganos junto à segurança pública; Promover saúde dos povos ciganos pressupõe reconhecer e falar com a liderança do local (cigano) e estabelecer a relação entre os serviços e os povos ciganos; Incluir os direitos contemplados em outras políticas para os povos ciganos; Conscientizar os povos ciganos sobre a necessidade de acompanhamento da saúde; Garantir a visibilidade dos povos ciganos com espaços na mídia. Realizar campanha pelo ministério da saúde. Reflexões: O relato acima demonstra que a partir de espaços de participação acolhedores, participativos e flexíveis a auto-gestão é possível refletir e fortalecer o reconhecimento da saúde enquanto direito. Os conflitos historicamente existentes entre os povos cigano, expressou-se no espaço, mas deram lugar ao reconhecimento da saúde e da necessidade de participação enquanto um bem comum a todos independente de “linhagens”. Vale ressaltar que espaços como este são

uma inovação no processo de gestão da política de saúde, demonstrando que a Gestão Participativa é prática viável intimamente relacionada à Educação Popular em seus princípios mais básicos de amorosidade e diálogo. Por fim ressalta-se a necessidade de reflexão sobre como as metodologias dos espaços de participação social podem construídas de forma a acolher, valorizar a cultura e saberes e promover a fala e o fortalecimento dos movimentos sociais.

Produção de conhecimento e cidadania: a experiência do laboratório territorial de Manguinhos, RJ

Fátima Pivetta

Marcelo Firpo de Souza Porto

Gleide Guimarães

Lenira Zancan

Fabiana Melo Sousa

Ludmila Cardoso

Marize Cunha

Jairo Dias de Freitas

Este trabalho apresenta a experiência de produção compartilhada de conhecimento pela comunidade ampliada de pesquisa-ação (CAP) do Laboratório Territorial de Manguinhos – LTM, materializada na caixa de ferramentas “Maleta de Trabalho: Reconhecendo Manguinhos”. A Maleta é composta por materiais educativos em diferentes linguagens - textual, audiovisual, digital e artística, e as metodologias e teorias que os informam, como contribuição a uma visão sistêmica do território-bairro. O LTM iniciou suas atividades em 2002, e seu objetivo maior é colaborar na construção das bases conceituais e metodológicas de uma PS que supere os limites de ações descontextualizadas e burocráticas centradas nos estilos de vida saudáveis e no protagonismo de sujeitos institucionalizados que não vivem nos territórios com situações de injustiça ambiental. Propomos uma PS emancipatória pela prática da produção compartilhada de conhecimentos sobre os problemas de saúde urbana e ambiental do lugar, reconhecendo-os a partir da abordagem dos determinantes sociais da saúde e da justiça ambiental. Para o LTM, o tema da pesquisa-ação está colocado como método de aproximação e viabilidade para a produção compartilhada de conhecimento, conceito central e caminho metodológico. A CAP-LTM reúne pesquisadores da FIOCRUZ e moradores do bairro de Manguinhos, e tem como prática ampliar e integrar o conhecimento e a informação sobre questões e problemas relacionados ao território, e busca uma produção de conhecimentos que seja: compartilhada, compromissada ou engajada, contextualizada, reflexiva, sensível e transformadora. Apontamos que o trabalho da CAP-LTM tem nos mostrado grandes potencialidades, mas também constrangimentos. Dentre estes destacamos os processos de inclusão e os desafios à ampliação dos circuitos de troca em “territórios de exclusão” que são, no microcosmo de uma CAP, transformados em lugar de produção compartilhada. De um lado, a inserção de vários moradores em cursos superiores e engajamento em atividades coletivas e o envolvimento de pesquisadores com os problemas e em ações de mudanças do lugar e; de outro, a crescente apropriação dos materiais da Maleta por diferentes atores sociais, a exemplo da inclusão do documentário “Manguinhos: histórias de pessoas e lugares” no projeto

político pedagógico de uma escola, das produções sobre as histórias de Manguinhos (documentário, livro e cordel) e sobre o PAC (documentários e Relato Fotográfico) em cursos de pós-graduação da ENSP e em atividades coletivas dos moradores, são alguns sinais importantes que revelam, ainda que de forma limitada, o potencial de nossa proposta.

Este trabalho apresenta a experiência de produção compartilhada de conhecimento pela comunidade ampliada de pesquisa-ação (CAP) do Laboratório Territorial de Manguinhos – LTM, materializada na caixa de ferramentas “Maleta de Trabalho: Reconhecendo Manguinhos”. O LTM iniciou suas atividades em maio de 2002, e nosso objetivo maior é colaborar na construção das bases conceituais e metodológicas de uma PS que supere os limites de ações descontextualizadas e burocráticas centradas nos estilos de vida saudáveis e no protagonismo de sujeitos institucionalizados que não vivem nos territórios com situações de injustiça ambiental. Propomos uma PS emancipatória pela prática da produção compartilhada de conhecimentos sobre os problemas de saúde urbana e ambiental do lugar, reconhecendo-os a partir da abordagem dos determinantes sociais da saúde e da justiça ambiental (PORTO & PIVETTA, 2009). Nosso principal desafio é a produção compartilhada de conhecimento e informação, voltada à construção de conhecimento local e à cidadania pela CAP-LTM, que envolve pesquisadores, profissionais de saúde e moradores do bairro de Manguinhos. Para o LTM, o tema da pesquisa-ação está colocado como método de aproximação e viabilidade para a proposta de uma produção compartilhada de conhecimento, conceito central e caminho metodológico. Propomos uma produção de conhecimentos tendo a inspiração de autores, por vezes com tradições bem diferentes, que aprofundam tal articulação a partir de conceitos como complexidade, incertezas, confiança, (as)simetrias, (in)justiças, vulnerabilidade, emancipação, produção compartilhada de conhecimento e tradução. O projeto ético que nos inspira é a construção de uma nova forma de produzir sentidos, conhecimentos e argumentações na sociedade de forma a combater a exclusão e promover a saúde e a democracia. Exclusão, aqui, é entendida como impossibilidade de fazer circular seus próprios sentidos. Buscamos, assim, contribuir para a mobilização que possibilite que os vários sentidos circulantes possam conviver e se confrontar de forma mais equivalente, propiciando dinâmicas de transformação que atendam às necessidades e potencialidades de satisfação das pessoas, comunidades e da sociedade como um todo (BRANDÃO ET AL., 2002). Assumindo “*o bairro como novo lugar de luta pela identidade dos grupos populares*”, como nos diz Martín-Barbero [2004:113], na complexidade de seus processos, com suas tantas vozes, o LTM busca contribuir para a promoção de mecanismos e mediações que possibilitem uma comunicação participativa. Uma comunicação referenciada em Paulo Freire “*ligada mais à liberação da fala, da atividade e da criatividade popular que à potência ou o tipo de mídia utilizada*”, desfazendo-nos da ilusão que o alternativo é o meio em si [2004:113]. Em síntese, propomos produzir e difundir conhecimentos de forma: (i) **compartilhada entre pesquisadores e moradores**: pesquisadores que, ao se aproximarem dos moradores, seus contextos e necessidades, transformam-se e questionam seus próprios papéis na produção de conhecimentos; e moradores, que também se tornam pesquisadores

das suas próprias vidas em sociedade e buscam dialogar com as linguagens e formas de conhecimento produzidas pela ciência e suas instituições; (ii) **compromissada ou engajada** por parte de todos na busca de transformar solidariamente a realidade, em particular por parte dos pesquisadores das instituições que muitas vezes se colocam como “externos” e distantes das necessidades e desafios de transformação; (iii) **contextualizada**, ou seja, operada a partir de dados da realidade e das dinâmicas vivenciadas pelos moradores e comunidades em suas relações cotidianas nos territórios que habitam, mas também de dados objetivos (sócio-econômicos, ambientais, sanitários etc.) que buscam caracterizar um dado território; (iv) **reflexiva e transformadora**, assumindo que as diferenças, os estranhamentos e a capacidade de se indignar frente a uma realidade, por vezes tão bruta, sirvam como matéria-prima para que pesquisadores e moradores se transformem e compartilhem possibilidades de ações conjuntas num trabalho coletivo, através de um espaço que denominamos de comunidade ampliada de pesquisa-ação. Por este caminho pretendemos contribuir para a constituição de uma visão sistêmica do território-bairro de Manguinhos, produzindo conhecimento e informação através linguagens audiovisuais, digitais e artísticas. Linguagens estas que se constituem em documentos históricos e instrumentos pedagógicos de pesquisa-ação, bem como em materiais educativos para o diálogo e a formação dos moradores de Manguinhos, que mediam a compreensão e análise crítica da realidade. O elemento mais desafiador para a nossa proposta é a construção de linguagens e práticas que permitam o diálogo entre o mundo técnico-científico e o espaço popular e cotidiano das pessoas e comunidades, as quais possuem saberes legítimos acerca dos contextos, valores e culturas nas quais a vida e propostas de promoção da saúde deveriam florescer. Trata-se de um desafio não só de natureza ética, mas essencialmente epistemológica e de comunicação, cujo espaço de realização privilegiado é o da produção compartilhada de conhecimentos através de uma comunidade ampliada de pesquisa-ação. Entendemos que o alcance da equidade é possível na medida em que os sujeitos sociais, individuais e coletivos, se constituam como sujeitos autônomos, e a constituição da autonomia deve ser o princípio articulador dos programas e ações de Promoção da Saúde. A autonomia a qual nos referimos é aquela, referenciada em Marilena Chauí, que nos diz que nos dias de hoje a “autonomia é luta política”, que tem os sujeitos sociais de enfrentar livremente os obstáculos sociais e políticos, autonomia que apodere as pessoas no sentido de sua emancipação social. Consideramos que o conhecimento e a informação são as ferramentas essenciais, imprescindíveis, para a constituição da autonomia e o alcance da emancipação social e da equidade. É nesta perspectiva que o LTM opera a promoção da saúde emancipatória, em que o conteúdo e a linguagem são elementos centrais para o entendimento dos contextos de produção social da saúde e da doença, que permitam a apreensão e transformação da realidade. Ao longo dos últimos nove anos vimos desenvolvendo pesquisas e produzindo materiais para reflexão. Estes materiais sistematizados e as metodologias e teorias que os informam, estão expressos na forma de um caixa de ferramentas “Maleta de Trabalho do LTM: Reconhecendo Manguinhos”. Enchen-tes, políticas públicas como o PAC, moradia, o mangue, histórias de vida e memórias de moradores, entre outros - materializados em documentários, livro, cordel, relato fotográfico, livro-jogo, slide show, calen-

dário e sítio www.conhecendo.manguinhos.fiocruz.br, são dimensões que escolhemos para compreender o território de Manguinhos e suas transformações, vulnerabilidades, injustiças e potencialidades. Mais que ensinar buscamos situar Manguinhos na sua história e na história da cidade. Cada material é um caminho - um método de produção de compartilhada de conhecimento, que trilhamos para nos situarmos e compreendermos a realidade e agir. Dizemos que o trabalho da CAP do LTM tem grandes potencialidades, mas também constrangimentos ao alcance dos objetivos. Dentre estes destacamos os processos de inclusão e os desafios à ampliação dos circuitos de troca em “territórios de exclusão” que são, no microcosmo de uma CAP, transformados em lugar de produção compartilhada. Alguns sinais importantes revelam, ainda que de forma limitada, o potencial de nossa proposta: de um lado, a inserção de vários moradores em cursos superiores e engajamento em atividades coletivas e o envolvimento de pesquisadores com os problemas e em ações de mudanças do lugar e, de outro, a crescente apropriação dos materiais da Maleta por diferentes atores sociais, a exemplo da inclusão do documentário “Manguinhos: histórias de pessoas e lugares” no projeto político pedagógico de uma escola, das produções sobre as histórias de Manguinhos (documentário, livro e cordel) e sobre o PAC (documentários e Relato Fotográfico) em cursos de pós-graduação da ENSP e em atividades coletivas dos moradores. A experiência nos indica os desafios da comunicação dialógica, e que a construção compartilhada de conhecimentos se faz num contínuo “caminho de pedras”, em que metodologia, estratégia e tática, bem como os limites, autonomias, ritmos e tempos dos participantes da CAP-LTM, moradores de Manguinhos e servidores da FIOCRUZ, se mesclam se confrontam e se confundem o tempo todo. Acreditamos, entretanto, que a potência dessa produção está em seu próprio método e nas mediações que propomos para a construção de conteúdos e interatividade, que pressupõe a ampliação permanente dos circuitos de trocas - de saberes, experiências e valores - com os diferentes atores locais. Referências: BRANDÃO, A. P.; ARAÚJO, I.; CARDOSO, J. M. 2002. Redes Discursivas em Movimento: avaliação de estratégias de comunicação na saúde. Texto apresentado ao GT Políticas e Estratégias de Comunicação, no XI Encontro da COMPÓS – Rio de Janeiro, 5 a 8 de junho de 2002. MARTÍN-BARBERO, J. Ofício de Cartógrafo. Travessias latino-americanas da comunicação na cultura. Coleção Comunicação Contemporânea 3. Edições Loyola, 2004. PORTO, M.F.S & PIVETTA, F. Por uma Promoção da Saúde Emancipatória em Territórios Urbanos Vulneráveis In: CZERESNIA, D & FREITAS, C.M. Org. Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências. Ed. FIOCRUZ. 2ªed. 2009.

“Começo de uma atitude”

Felipe Viera dos Santos

Introdução: O Grupo de Adolescente da USF Carlos Figueiredo Filho - USF Borel surge no momento em que a Caderneta de Saúde do(a) Adolescente construída pelo Ministério da Saúde chega em nossa Unidade; com isso, observou-se a necessidade de criar um Grupo, à fim de trabalhar o conteúdo da Caderneta e outros assuntos que surgissem no decorrer do processo, vindo dos próprios(as) Adolescentes. Ao mesmo tempo que surge o Grupo de Adolescente dentro da USF Borel, nasce também um Grupo de Adolescente fora da USF, constituindo-se assim um Projeto extra-muro. Esse Grupo surgiu também incentivado pela chegada do Projeto da UNICEF chamado “ Plataformas Urbanas “ onde neste Projeto há dois adolescentes que representam a Comunidade. **Metodologia:** O Grupo é realizado dentro da USF Borel, ele é constituído de adolescentes de 10 à 19 anos das Comunidades Borel, Indiana e Adjacências. Eles também são oriundos de encaminhamentos de setores da USF como Saúde Bucal, imunização, consultas médicas e de enfermagem. A faixa etária é retirada do Ministério da Saúde, que considera entre 10 e 19 anos onde eles iniciam várias transformações no seu corpo, no seu crescimento, na sua vida emocional, social e nas suas relações afetivas; O processo de trabalho realizado no grupo se dá de diversas formas: temas levantados pelos próprios adolescentes e temas colocado pelo facilitador (ACS) dentre eles: Cidadania, Organização Local, Saúde Sexual e Prevenção, Papéis de Gênero, Meio Ambiente, Cultura Jovem, Preconceito e Exclusão Social, Memória e Histórias locais, Sexualidade, Afeto, Socialidade. Aplicamos diversas dinâmicas relacionadas aos temas abordados; Na USF o grupo funciona todas às 4^a feiras das 15:00 às 17:00 horas e fora da USF é realizado em 15/15 dias aos domingos na residência de um dos adolescentes do “Plataformas Urbanas”. No decorrer do processo dos grupos foi observado pelos facilitadores que o(a)s adolescentes solicitam cursos de artesanatos e profissionalizantes. **Objetivo:** Estimular os adolescentes que compõem o grupo o conhecimento de Cidadania e Socialização; Conhecer os seus direitos e deveres baseado no E.C.A (Estatuto da Criança e do Adolescente); Trabalhar sua auto estima retirando-os da ociosidade e da marginalidade; Fazer com que eles estejam sempre em contato com a Caderneta do(a) Adolescente, pois ela é um instrumento de orientação para apoiá-los no processo de autodescoberta e autocuidado. **Desafios esperados:** No decorrer do tempo observamos que os adolescentes tanto da USF e fora da USF poderão identificar questões locais relativas à desigualdade de gênero; Identificar diferenças entre papéis sexuais e sociais de homens e mulheres; Identificar e discutir problemas relacionados à saúde reprodutiva; Conhecer e participar de redes civis locais e comunitárias; Promover suas habilidades comunicativas, tanto interpessoais quanto orientadas para um público; Problematicar questões ligadas à formação do Rio de Janeiro e suas Comunidades; Instrumentalizar e multiplicar informações sobre o espaço sócio ambiental; reciclagem de recursos naturais; Identificar sintomas, modos de transmissão e prevenção dos principais DST's / Aids; Desenvolver a habilidade de adoção

de práticas de sexo seguro e outras vulnerabilidades. Resultados alcançados: Temos tido um aumento de números de participantes assíduos e participativos de nossa comunidade e outras comunidades adjacentes. Surge também a proposta de criar um Grupo de Diversidade específico para a população LGBT (Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transsexuais). Conclusão: Temos a necessidade de conseguir um espaço maior para acomodá-los e aumentar os recursos financeiros. Por outro lado, os profissionais de saúde que são os facilitadores do Grupo se sentem altamente gratificados ao observar que o projeto está dando certo. E finalmente lembrar, que como escutar implica em falar e também se posicionar, o dever que temos de escutá-los, neste espaço de troca, significa o direito que temos de falar. Escutar no fundo é falar com eles e não simplesmente falar a eles. Estimular o protagonismo é dar voz aos adolescentes.

Autor: Felipe Vieira dos Santos - Agente Comunitário de Saúde - CMS Carlos Figueiredo Filho - ESF-Borel; Secretário Geral do SINDACSRJ/AMACSRJ(Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Associação Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde do RJ); Representante do SINDACSRJ na Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS da SMSDC; Conselheiro Distrital de Saúde da AP 2.2 - Segmento Usuário - Representando a Associação Comunitária dos Moradores e Amigos do Borel; Membro do Comitê de Ética do HUGG.

Introdução: O Grupo de Adolescente da USF Carlos Figueiredo Filho - ESF Borel surge no momento em que a Caderneta de Saúde do(a) Adolescente construída pelo Ministério da Saúde chega em nossa Unidade; Com isso, observou-se a necessidade de criar um Grupo, à fim de trabalhar o conteúdo da Caderneta e outros assuntos que surgissem no decorrer do processo, vindo dos próprios(as) Adolescentes. Ao mesmo tempo que surge o Grupo de Adolescente dentro da USF Borel, nasce também um Grupo de Adolescente fora da USF, constituindo-se assim um Projeto extra-muro. Esse Grupo surgiu também incentivado pela chegada do Projeto da UNICEF chamado “ Plataformas Urbanas “ onde neste Projeto há dois adolescentes que representam a Comunidade. Metodologia: O Grupo é realizado dentro da USF Borel, ele é constituído de adolescentes de 10 à 19 anos das Comunidades Borel, Indiana e Adjacências. Eles também são oriundos de encaminhamentos de setores da USF como Saúde Bucal, imunização, consultas médicas e de enfermagem. A faixa etária é retirada do Ministério da Saúde, que considera entre 10 e 19 anos onde eles iniciam várias transformações no seu corpo, no seu crescimento, na sua vida emocional, social e nas suas relações afetivas; O processo de trabalho realizado no grupo se dá de diversas formas: temas levantados pelos próprios adolescentes e temas colocados pelos facilitadores (Técnico de Enfermagem e sete ACS) dentre eles: Cidadania, Organização Local, Saúde Sexual e Prevenção, Papéis de Gênero, Meio Ambiente, Cultura Jovem, Preconceito e Exclusão Social, Memória e Histórias locais, Sexualidade, Afeto, Socialidade. Aplicamos diversas dinâmicas relacionadas aos temas abordados; Na USF o grupo funciona todas às 4ª feiras das 15:00 às 17:00 horas e fora da USF é realizado em 15/15 dias aos domingos na residência de um dos adolescentes do “Plataformas Urbanas”. No decorrer do processo dos grupos foi observado pelos facilitadores que o(a)s adolescentes solicitam cursos de artesanatos e

profissionalizantes. Objetivo: Estimular os adolescentes que compõem o grupo o conhecimento de Cidadania e Socialização; Conhecer os seus direitos e deveres baseado no E.C.A (Estatuto da Criança e do Adolescente); Trabalhar sua auto estima retirando-os da ociosidade e da marginalidade; Fazer com que eles estejam sempre em contato com a Caderneta do(a) Adolescente, pois ela é um instrumento de orientação para apoiá-los no processo de autodescoberta e autocuidado; Desafios esperados: No decorrer do tempo observamos que os adolescentes tanto da USF e fora da USF poderão identificar questões locais relativas à desigualdade de gênero; Identificar diferenças entre papéis sexuais e sociais de homens e mulheres; Identificar e discutir problemas relacionados à saúde reprodutiva; Conhecer e participar de redes civis locais e comunitárias; Promover suas habilidades comunicativas, tanto interpessoais quanto orientadas para um público; Problematizar questões ligadas à formação do Rio de Janeiro e suas Comunidades; Instrumentalizar e multiplicar informações sobre o espaço sócio ambiental; reciclagem de recursos naturais; Identificar sintomas, modos de transmissão e prevenção dos principais DST's / Aids; Desenvolver a habilidade de adoção de práticas de sexo seguro e outras vulnerabilidades. Resultados alcançados: Temos tido um aumento de números de participantes assíduos e participativos de nossa comunidade e outras comunidades adjacentes. Surge também a proposta de criar um Grupo de Diversidade específico para a população LGBT (Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transsexuais). Conclusão: Temos a necessidade de conseguir um espaço maior para acomodá-los e aumentar os recursos financeiros. Por outro lado, os profissionais de saúde que são os facilitadores do Grupo se sentem altamente gratificados ao observar que o projeto está dando certo. E finalmente lembrar, que como escutar implica em falar e também se posicionar, o dever que temos de escutá-los, neste espaço de troca, significa o direito que temos de falar. Escutar no fundo é falar com eles e não simplesmente falar a eles. Estimular o protagonismo é dar voz aos adolescentes.

A importância da participação popular

Francisco Sandro Aurelino

Arleciane Emilia de Azevêdo Borges

Valter Witalo Nelo Lima

Com o advento da crise do Estado social, surge o Estado ativador, afastando-se do papel de provedor do bem estar para assumir o de regulamentador das atividades de fornecimento de bens e serviços essenciais à sociedade, que em regra ocorre por particulares. Com todas essas mudanças se tornou necessária a participação cada vez mais ativa da sociedade no direcionamento das políticas públicas, uma vez que pela dimensão continental do nosso país é praticamente impossível identificar os problemas e as reivindicações de toda a nação brasileira e resolvê-los de forma eficiente, pois aquelas devem se basear nas capacidades e nas experiências das pessoas. Deste modo, a participação popular apresenta caráter progressivo importante, pois a população deixa de ser uma mera receptora e assume o papel de construtora da sua realidade. Ressalta-se o papel fundamental da educação popular com seu cunho pedagógico, buscando capacitar as pessoas para que possam expressar suas necessidades e tornando os indivíduos aptos a se organizarem e agirem como responsáveis pelo desenvolvimento socioeconômico. Um ótimo instrumento de participação popular, que está também eivado de pleno exercício da cidadania, é o orçamento participativo em que a população de determinada localidade deve ser ouvida para haver melhor direcionamento e distribuição de numerários, atendendo onde realmente se faz necessário. Nessa perspectiva, destacam-se também os conselhos de saúde, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas públicas de saúde, objetivando estabelecer indicadores para avaliar e acompanhar a qualidade da informação em saúde e publicizar os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), à luz do princípio da integralidade de atenção à saúde. A relação entre controle social e construção de uma política de informação e comunicação em saúde significa avanço no processo de democratização que se consolida na realidade brasileira, implicando a redistribuição efetiva do poder e do saber. Para tanto, é imprescindível que o Conselho Nacional de Saúde esteja fortalecido e articulado com os conselhos estaduais e municipais para ampliar a comunicação destes com o governo e a sociedade. Isso consiste em um desafio para o exercício do controle social no sentido de garantir a democratização, a apropriação do acesso e o direito à saúde. Desta forma, verifica-se a necessidade do fortalecimento da ação democrática juntamente com a efetivação dos serviços de saúde para toda a população mediante a demanda específica de cada região do país, que deve ser analisada com base no compartilhamento de saberes técnicos-científicos e popular.

Com o advento da crise do Estado social, surge o Estado ativador, afastando-se do papel de provedor do bem estar para assumir o de regulamentador das atividades de fornecimento de bens e serviços essenciais

à sociedade, que em regra ocorre por particulares. Com todas essas mudanças se tornou necessária a participação cada vez mais ativa da sociedade no direcionamento das políticas públicas, uma vez que pela dimensão continental do nosso país é praticamente impossível identificar os problemas e as reivindicações de toda a nação brasileira e resolvê-los de forma eficiente, pois aquelas devem se basear nas capacidades e nas experiências das pessoas. Deste modo, a participação popular apresenta caráter progressivo importante, pois a população deixa de ser uma mera receptora e assume o papel de construtora da sua realidade. Ressalta-se o papel fundamental da educação popular com seu cunho pedagógico, buscando capacitar as pessoas para que possam expressar suas necessidades e tornando os indivíduos aptos a se organizarem e agirem como responsáveis pelo desenvolvimento socioeconômico. Um ótimo instrumento de participação popular, que está também eivado de pleno exercício da cidadania, é o orçamento participativo em que a população de determinada localidade deve ser ouvida para haver melhor direcionamento e distribuição de numerários, atendendo onde realmente se faz necessário. Nessa perspectiva, destacam-se também os conselhos de saúde, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas públicas de saúde, objetivando estabelecer indicadores para avaliar e acompanhar a qualidade da informação em saúde e publicizar os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), à luz do princípio da integralidade de atenção à saúde. A relação entre controle social e construção de uma política de informação e comunicação em saúde significa avanço no processo de democratização que se consolida na realidade brasileira, implicando a redistribuição efetiva do poder e do saber. Para tanto, é imprescindível que o Conselho Nacional de Saúde esteja fortalecido e articulado com os conselhos estaduais e municipais para ampliar a comunicação destes com o governo e a sociedade. Isso consiste em um desafio para o exercício do controle social no sentido de garantir a democratização, a apropriação do acesso e o direito à saúde. Desta forma, verifica-se a necessidade do fortalecimento da ação democrática juntamente com a efetivação dos serviços de saúde para toda a população mediante a demanda específica de cada região do país, que deve ser analisada com base no compartilhamento de saberes técnicos-científicos e populares. Palavras-chave: Participação Comunitária; Políticas Públicas de Saúde; Controle Social.

Antropologia e educação popular em saúde: diálogos e interfaces

Grazielle Ramos Schweig

Este trabalho tem como objetivo discutir as contribuições do saber antropológico à prática da Educação Popular em Saúde, no contexto da formação de profissionais de saúde. Para este fim, parte-se da análise de documentos e de entrevistas feitas com professores e estudantes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coletados por meio de investigações acerca dos modos como o ensino de Antropologia ocorre nos cursos de graduação da área da saúde. A partir da pesquisa realizada, percebemos uma aproximação entre os conceitos antropológicos, trabalhados por professores e estudantes, e os princípios da Educação Popular em Saúde, apesar desta última não ser mencionada nos programas de aula das disciplinas de Antropologia. Ao perceber este hiato, procura-se aqui discutir como a Antropologia pode operar uma maior aproximação e contribuição à Educação Popular em Saúde, estando em consonância com os movimentos de transformação no setor da saúde, visando à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Partindo-se da idéia de que a Educação Popular em Saúde pressupõe um movimento de promoção de autonomia e participação dos sujeitos, bem com de aproximação e contextualização com a realidade sociocultural dos usuários dos serviços de saúde, temos que os saberes antropológicos podem contribuir neste processo. A Antropologia tem como objeto principal de estudo a “alteridade”, o outro e, para tanto, tem explorado um arcabouço de conceitos, tais como “identidade”, “cultura”, “diversidade”. Além disso, a disciplina de Antropologia possui uma metodologia de aproximação com a realidade, a “etnografia”, a qual envolve a observação participante e a descrição densa, em profundidade, da realidade sociocultural em questão. Assim, percebemos que a Antropologia pode fornecer uma série de ferramentas de compreensão da realidade, as quais são úteis na abordagem da Educação Popular em Saúde. Os pressupostos epistemológicos, teóricos e metodológicos da Antropologia, partindo da premissa da construção cultural, podem ajudar a romper com uma concepção “positivista” de saúde (Pedrosa, 2007:13), na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista, com práticas impositivas, prescritivas de comportamentos idealizados, desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais. Assim, o presente trabalho tem como foco apontar interfaces entre a abordagem sociocultural realizada pela antropologia e a perspectiva teórica e prática da Educação Popular em Saúde. Nesse sentido, o presente trabalho aponta para a necessidade de um maior diálogo entre esses dois campos, de modo que se possa haver um crescimento mútuo em ambas as áreas de conhecimento e intervenção.

S

Este trabalho tem como objetivo discutir as contribuições do saber antropológico à prática da Educação Popular em Saúde, no contexto da formação de profissionais de saúde. Para este fim, parte-se da análise de documentos e de entrevistas feitas com professores e estudantes da Universidade Federal do Rio

Grande do Sul, coletados por meio de investigação acerca dos modos como o ensino de Antropologia ocorre nos cursos de graduação da área da saúde. A partir da pesquisa realizada, percebemos uma aproximação entre os conceitos antropológicos, trabalhados por professores e estudantes, e os princípios da Educação Popular em Saúde, apesar desta última não ser mencionada nos programas de aula das disciplinas de Antropologia. Ao perceber este hiato, procura-se aqui discutir como a Antropologia pode operar uma maior aproximação e contribuição à Educação Popular em Saúde, estando em consonância com os movimentos de transformação no setor da saúde, visando à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Partindo-se da idéia de que a Educação Popular em Saúde pressupõe um movimento de promoção de autonomia e participação dos sujeitos, bem com de aproximação e contextualização com a realidade sociocultural dos usuários dos serviços de saúde, temos que os saberes antropológicos podem contribuir neste processo. A Antropologia tem como objeto principal de estudo a “alteridade”, o outro e, para tanto, tem explorado um arcabouço de conceitos, tais como “identidade”, “cultura”, “diversidade”. Além disso, a disciplina de Antropologia possui uma metodologia de aproximação com a realidade, a “etnografia”, a qual envolve a observação participante e a descrição densa, em profundidade, da realidade sociocultural em questão. Assim, percebemos que a Antropologia pode fornecer uma série de ferramentas de compreensão da realidade, as quais são úteis na abordagem da Educação Popular em Saúde. Os pressupostos epistemológicos, teóricos e metodológicos da Antropologia, partindo da premissa da construção cultural, podem ajudar a romper com uma concepção “positivista” de saúde (Pedrosa, 2007:13), na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista, com práticas impositivas, prescritivas de comportamentos idealizados, desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais. Assim, o presente trabalho tem como foco apontar interfaces entre a abordagem sociocultural realizada pela antropologia e a perspectiva teórica e prática da Educação Popular em Saúde. Nesse sentido, o presente trabalho aponta para a necessidade de um maior diálogo entre esses dois campos, de modo que se possa haver um crescimento mútuo em ambas as áreas de conhecimento e intervenção.

Roda aberta de diálogos sobre educação popular em saúde (EPS) na Bahia

Guilherme Ávila Salgado

Cintia Clara Guimarães

Rodolfo Pimenta

Luana Miranda

José Carlos Silva

Larissa Barros

Tiago Parada

Patrícia Dantas

Luciana Chaves

Alba Cunha

Maria Evangelista

Arlene Alves

Os diálogos, encontros e desejos de aproximação de sujeitos que produzem saberes e práticas da EPS na Bahia já acontecem desde 2003, com trabalhos de representantes da Aneps, Coletivo Baiano de EPS, Tendas Paulo Freire de EPS, Tenda Maria Felipa de EPS. A conjuntura nacional referente ao trabalho do Comitê Nacional de EPS, a eminência da consolidação da Política nacional de EPS (PNEPS) somado ao compromisso da equipe da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES)/SUPERH/SESAB de assumir, dentre outros, os princípios da EPS enquanto princípios orientadores das práticas de gestão/educação em saúde produziu necessidades e desejos de provocar um reencontro com novos diálogos com os diversos sujeitos/atores/atrizes que compõe este universo. Foi então que convidamos sujeitos do cotidiano de trabalho da DGTES, do Ministério da Saúde, de Universidades, Movimentos Sociais de Base Popular e trabalhadores da saúde para uma Roda Aberta de Diálogos sobre Educação Popular em maio de 2012. Sendo assim foi organizada uma metodologia em que a sócio-poética, a ceno-poesia, a arte e a cultura popular ocuparam um lugar ético-estético-político de produzir saberes e desenhos de sonhos possíveis a partir do encontro entre sujeitos potentes. A roda teve o objetivo debater a Política Nacional de Educação Popular e dar subsídios para a discussão de uma Política Estadual de Educação Popular contemplando as características e necessidades do Estado da Bahia. A riqueza do debate desenvolvido no encontro permitiu que fossem identificadas práticas populares de saúde e pactuadas ações/estratégias importantes para o processo de construção e implementação da política na Bahia. Enquanto encaminhamento importante deste evento, destacou-se a organização de um Grupo de Trabalho sobre

EPS, constituído por diversos sujeitos (trabalhadores da saúde, movimentos sociais, estudantes, CEBES? etc), que se propõe a construir subsídios para desenvolvimento de questões/ações relacionadas a EP no estado e o compromisso de realização de novas rodas abertas no formato de fórum ampliado que dê conta de amadurecer/ampliar nossos trabalhos/anseios de outro mundo possível, pra além do capital, e que cumpra um espaço de formação dos atores/atrizes envolvidos. O GT já teve sua primeira reunião em junho de 2012, com outra marcada para os próximos meses e a próxima roda/fórum ampliado está prevista ainda para o corrente ano. Dessa forma, estes encontros/planos comuns reafirmam o compromisso dos sujeitos envolvidos com a EPS e aumenta nossas perspectivas no fortalecimento do poder fazer popular diante da vida.

INTRODUÇÃO: As práticas de EPS partem da identificação de um fosso cultural entre “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, 2004). O qual busca superar, sendo essa a característica mais marcante das experiências desenvolvidas de EPS que vão atuar enquanto instrumento para a construção do processo saúde-doença-cuidado sob a perspectiva da integralidade (VASCONCELOS, 2004). A Educação Popular tem se fortalecido na Bahia mediante diálogos, encontros e desejos de aproximação de sujeitos que produzem saberes e práticas da Educação Popular em Saúde (EPS). Nesse contexto, destacam-se os trabalhos de representantes da Aneps, Coletivo Baiano de EPS, Tendas Paulo Freire de EPS e Tenda Maria Felipa de EPS. No âmbito nacional existe uma conjuntura referente ao trabalho do Comitê Nacional de EPS e à eminência da consolidação da Política nacional de EPS (PNEPS). Diante desse contexto e somando-se o compromisso da equipe da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DG-TES)/SUPERH/SESAB de assumir, dentre outros, os princípios da EPS enquanto princípios orientadores das práticas de gestão/educação em saúde, foram produzidas necessidades e desejos de provocar um reencontro com novos diálogos com os diversos sujeitos/atores/atrizes que compõe este universo. O presente trabalho pauta-se na perspectiva da Educação Popular em Saúde como proposta de movimento social (VASCONCELOS, 2001 *apud* STOTZ et al, 2005), cuja teorização deve ser realizada no contexto da ação compreendendo-se a possibilidade de estar próximo à vida social, “em especial daqueles grupos sociais mais oprimidos” (STOTZ et al, 2005). Assim: *“Esse jeito de pensar e de fazer saúde pautado na experiência favorece uma forma de expansão e de crescimento que exerce grande fascínio sobre quem se depara, como é o caso dos profissionais de saúde, com as limitações do tecnicismo da formação e da orientação normativa da ação face à complexidade da vida. Esta rigidez é tanto mais sentida quando se considera a contradição entre a experiência do sofrimento e a falta de resolubilidade dos serviços de saúde. Tal situação gera um permanente descontentamento capaz de mobilizar os profissionais no sentido de tentar outros caminhos e buscar outras soluções”* (STOTZ et al, 2005). A proposição da Roda Aberta de Diálogo sobre/com Educação Popular baseou-se na intenção de agregar atores diversos (movimentos sociais de base popular, universidade, estudantes, SESAB e Ministério da Saúde) para refletir, debater e

realizar proposições no que tange a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, bem como pensar estratégias para formular a Política Estadual de Educação Popular em saúde para a Bahia. Sendo assim, foi organizada uma metodologia em que a sócio-poética, a cenopoesia, a arte e a cultura popular ocuparam um lugar ético-estético-político de produzir saberes e desenhos de sonhos possíveis a partir do encontro entre sujeitos potentes. Movimentando a Roda: De acordo com Paulo Freire (2011), os seres humanos possuem uma vocação ontológica de ser mais e, através do processo de aprendizagem com o mundo, tem a potência de se *gentificar* (*tornar-se gente*) na relação com os outros seres. Acreditando nesta afirmativa de Freire e em princípios da EPS (amorosidade, diálogo, problematização, construção compartilhada do saber, emancipação, compromisso com a construção do projeto democrático popular), apostamos na mandala dos saberes, sociopoética e cenopoesia, na arte e Cultura Popular enquanto referências metodológicas importantes. Neste sentido, buscou-se utilizá-las a fim de desvelar potências humanas incubadas, pensar/agir nas possibilidades/potências da EPS na Bahia, bem como planejar estratégias de ação dos sujeitos envolvidos no fortalecimento dos saberes e práticas da EPS e seu importante papel na defesa do SUS. As mandalas dos saberes (MEC, 2009) têm o objetivo de ampliar o diálogo entre usuáři@s, gestor@s, e trabalhador@s, possibilitando, na perspectiva da *integralidade*, a valorização e a integração dos sujeitos, seus saberes e fazeres. Trata-se de uma proposta teórico-metodológica que contribui na articulação dos conteúdos, intenções e trocas de experiências, orientada pela ação-reflexão-ação e pelos princípios do diálogo, da participação e da criticidade (Freire, 2011), e a sociopoética, valoriza “a arte, a estética, a ética e a poética” (Gauthier,1996) como produção do saber – fazer. “*A cenopoesia nasce da necessidade que a própria arte contemporânea tem em dialogar e interagir com inteligência e respeito com as mais diversas formas de linguagens, com o outro, o que consideramos uma carência também humana. Se pudessemos considerar a arte como lugar de encontro do ser com suas múltiplas possibilidades criativo-inventivas; de ensinar e aprender, refletir e agir com e sobre o mundo, a cenopoesia seria o lugar de encontro das linguagens com todas as suas capacidades dialógicas, transitivas e infinitamente expressivas, transformadoras e autotransformadoras: de criadores e criaturas; dos praticantes e do mundo onde nascem, vivem, morrem ou se perpetuam os homens pela força de suas artes*”. (Ednaldo Vieira, 2008). Estes e outros princípios serviram para embalar a proposta da Roda. Caminhos percorridos: A atividade proposta pela Roda foi desenvolvida em quatro momentos distintos e complementares. De início, houve a construção do ambiente no qual seria realizado o encontro, de modo que se construiu a “várias mãos” uma mandala composta por sementes e os elementos da natureza (fogo, água, terra e ar). Este momento foi pensado para promover o alinhamento entre a equipe da diretoria, pensar os princípios e conceitos da Educação Popular e planejar estratégias para animação da roda. No segundo momento, houve o acolhimento dos representantes do Ministério da Saúde que dialogam a EPS no Comitê Nacional de Educação Popular, bem como atores de outros espaços da gestão estadual. Assim, o debate girou em torno da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) a partir de alguns motes, como “*Educação Popular*”, “*Educação Popular em Saúde*” e “*Educação em Saúde*”, com o compromisso de seguir fortalecendo o diálogo sobre a temática entre as gestões nacional e estadual. No dia seguinte foram incluídos na Roda os movi-

mentos sociais, a universidade e os trabalhadores de saúde. Nesse sentido, foram retomados os diálogos sobre as particularidades da EPS na Bahia, a partir da reflexão e socialização de vivências dos atores envolvidos, fazendo uso de linguagens e estratégias fundamentadas na arte e na cultura popular (roda de dança, ciranda, poesias, pinturas, desenhos, colagens, etc). No mesmo dia, o turno da tarde foi dedicado à construção coletiva das estratégias e comprometimento dos atores na continuidade das ações traçadas para subsidiar a elaboração da Política Estadual de Educação Popular. Um dos produtos da Roda consistiu na criação do Grupo de Trabalho em Educação Popular, composto por gestores da esfera nacional e estadual, trabalhadores da saúde, usuários, movimentos sociais de base popular e estudantes. Sonhos Possíveis: Após este potente reencontro vimos a importância da valorização da história e ancestralidades, fica a alegria da identificação de sujeitos e práticas de EPS pelo estado da Bahia, reforça o compromisso destes com os projetos de emancipação neste universo. Os novos espaços (Grupo de Trabalho, Fórum Ampliado de EPS, novas Rodas de EPS) firmados pelo coletivo demonstram uma vontade concreta de desenvolvimento de inéditos viáveis no campo da emancipação popular através da luta pelo direito à saúde e da produção da vida. Referências: FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Rede de Saberes Mais educação*. Brasília, 2009. STOTZ, E. N. *Et al.* Educação Popular e Saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Revista APS*, v.8.8, n.1, p. 49-60, jan-jun, 2005. Disponível em: << <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoPopular.pdf> >>. Acesso em 21 de jun de 2012. VASCONCELOS, E.M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *PHYSIS: Rev. De Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):67-83, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf> >. Acesso em 20 mar de 2012. VIEIRA, Ednaldo. *Posfácil*. In: VIEIRA, E. **Onde Nasce a Poesia?** Cenopoesia para crianças. Maranguape (Ce), 2008.

O fazer em saúde: conceituando práxis, prática em saúde e prática educativa em saúde

Heloisa Helena da Silva Guedes

Ronaldo Franco Guedes

Raquel Franco Guedes

Na discussão do fazer em saúde, evidencia-se a necessidade de se compreender o que venha a ser práxis, prática em saúde e, conseqüentemente, prática educativa em saúde, pois, ainda que, se observando estas palavras isoladamente, elas pareçam ter o mesmo significado, cada uma guarda uma singularidade, que auxilia vislumbrar os elementos de uma prática em saúde mais ampla, que atenda às necessidades de saúde. O presente trabalho busca discutir as práticas de saúde e quais os elementos teóricos conceituais que as configuram como práticas educativas. Busca-se conceituar o que se chama por práxis, prática, bem como discutir os conteúdos integrantes da prática educativa, refletindo especialmente sobre os aportes da Educação em Saúde e da Educação Popular, aportes fundamentais da prática educativa em seu aspecto mais amplo. Palavras-chave: Práxis, Prática em Saúde, Prática Educativa em Saúde, Cuidado.

Introdução: Na discussão do fazer em saúde, evidencia-se a necessidade de se compreender o que venha a ser *práxis, prática em saúde* e, conseqüentemente, *prática educativa* em saúde, pois, ainda que, se observando estas palavras isoladamente, elas pareçam ter o mesmo significado, cada uma guarda uma singularidade, que auxilia vislumbrar os elementos de uma prática em saúde mais ampla, que atenda às necessidades de saúde apresentadas no século XXI. Começando o debate pelo que seja *práxis*, Adolfo Sánchez Vásquez (1977), aportado no pensamento de Marx, traz sua contribuição, ao afirmar que a mesma não deve ser confundida com a prática voltada para o fazer, para o resultado imediato. A práxis como fundamento do conhecimento acentua de modo crítico os condicionantes socioeconômicos e ideo-históricos imputados na ação do homem. Para este autor, no movimento dialético entre história e sociedade, a práxis alia compreensão teórica à ação real, visando à transformação da sociedade, fomentando uma prática crítica, que, na concepção marxista, seria uma prática revolucionária. Assim, a práxis pode ser entendida como “a atividade humana que produz objetos sem que, por outro lado, essa atividade seja concebida com o caráter estritamente utilitário” (VÁSQUEZ, 1977, p. 05). Práxis não é “mera atividade da consciência humana (...), mas (...) atividade material do homem social” (id., 1977, p. 06), capaz de transformar o próprio ser humano e o mundo que o cerca, pois o homem é um ser prático. Toda práxis pode ser compreendida como atividade, entretanto, nem toda atividade será práxis na medida em que a atividade, dependendo do objetivo que se queira alcançar, pode redundar numa prática imediata, no fazer sobre algo, na produção de uma ação, no praticismo puro, ao passo que a práxis ainda que envolva a prática, também empreende uma reflexão sobre o fazer, sobre a prática, sobre a ação. A práxis se desenvolve objetivando

a mudança, a transformação de dada situação e não a manutenção do *status quo*, visando conquistar mudanças econômico-político-sociais, tendo por horizonte o todo (sociedade) e não o indivíduo isolado. A práxis envolve o movimento de aliar teoria e prática, podendo-se afirmar que não existe práxis apenas a partir do conhecimento/teoria, assim como não há práxis apenas através da execução de uma ação, de uma prática. Logo, o conhecimento ou a prática por si só não viabilizam a mudança real – ou a possibilidade dela em longo prazo –, não se tratando apenas de pensar ou atuar sobre um fato, mas “revolucioná-lo” (VÁSQUEZ, 1977, p. 209), atuando sobre ele criticamente. Para Vásquez, a teoria depende da prática na medida em que esta última é fundamento da primeira, pois “determina o horizonte de desenvolvimento do progresso do conhecimento” (1997:215). Assim, a práxis é “atividade teórico-prática (...) [com um] lado ideal, teórico e um lado material, (...) prático (...)” (id. 1997, p. 241). Além do aspecto de alia reflexão-ação, Vásquez (1997:248) aponta que a práxis é “essencialmente criadora”, uma vez que permite enfrentar situações-problema, dar soluções às necessidades. Soluções que poderão ser repetidas, em certa medida, mas não para sempre, já que novas necessidades demandarão novas respostas. Compreendido o conceito de práxis e sua relação com a prática, é preciso descortinar os sentidos que tomam as práticas, sentidos estes que situarão as práticas ou com um fim em si mesmas, reprodutoras de um saber instituído; ou como capazes de produzir o cuidado integral. No campo da saúde e doença, as práticas são traduzidas em modos de fazer que possuem relação com as condições de vida dos sujeitos que são determinadas pelo contexto socioeconômico-cultural de indivíduos e grupos. Entendida a prática como mediação, no campo da saúde ela está estreitamente ligada ao ato cuidador executado por profissionais de saúde inseridos nos serviços, um cuidado que apresenta contornos distintos, dependendo do enfoque empregado. De acordo com Acioli (2006), as práticas perfazem um fazer que agrega “estratégias e táticas” de indivíduos e coletividades no trato das situações-problema. Observa-se que, nas *práticas em saúde*, convivem tanto modelos pautados no biologicismo quanto modelos que abarcam outras dimensões com a saúde concebida sob influência dos determinantes sociais, um não excluindo o outro, pois, em se tratando de práticas em saúde, é possível perceber a convivência de condutas tradicionais e inovadoras por parte de profissionais e serviços. Assim, o que se percebe nas práticas é seu amplo leque de perspectivas que transita entre desenvolver ações voltadas para a saúde em seu conceito mais amplo, com o horizonte da prevenção e promoção da saúde, através de um enfoque teórico voltado para causas socioambientais da doença para além das biomédicas, em constante interação entre profissionais, serviços e usuários; bem como o desenvolver de práticas calcadas na doença, sob um enfoque teórico voltado para determinar a causa das doenças apenas sobre o prisma biomédico, privilegiando o diagnóstico, o tratamento, estabelecendo uma relação de verticalidade entre os atores envolvidos. Para o alcance da qualidade na atenção à saúde, o enfoque da prática em saúde deve ser uma via de mão dupla: não secundarizar os avanços da medicina moderna em suas descobertas e tratamentos avançados, mas contemplar, sobretudo, os determinantes sociais. Pereira (2003) salienta que a prática em saúde deve vincular-se ao cuidado, uma vez que o mesmo abarca tanto a clínica, o diagnóstico, a prescrição medicamentosa e o acompanhamento

periódico (retorno à unidade de saúde), quanto uma intervenção que leva em consideração aspectos econômicos, sociais, psicológicos, culturais e religiosos. Logo, para esta autora, as práticas em saúde devem se circunscrever em âmbito mais amplo para além do ciclo da doença, caminhando para um fazer em saúde voltado para a manutenção e/ou recuperação da saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida e saúde da população. As práticas em saúde sob um prisma diferenciado da busca pela cura das doenças carregam em si as novas concepções do ser humano (como cidadão de direitos), vida, saúde, cuidado, necessitando da construção e operacionalidade de tecnologias que integrem o ser, o pensar e o fazer no cuidado do outro (ERDMANN, et al, 2006). Assim, o conceito de prática em saúde pressupõe um cuidado voltado para o diálogo, para o plural, potencializador do aprendizado para além da mudança de comportamento, rumo à vivência da saúde como qualidade de vida (id.). A prática em saúde pode ser compreendida como uma construção histórica, abarcando produção de conhecimento e vivência que conforma o cuidado na medida em que exige o respeito à diversidade, as diferentes inserções sociais, biológicas, políticas, culturais e de gênero, a relação dialógica entre os sujeitos no planejamento das ações em saúde a serem adotadas. A prática em saúde espelhada no cuidado integral tem, na reflexão crítica e cotidiana do fazer, um instrumento de revisão do que se faz, porque se faz e como poderia fazer melhor. A prática em saúde evolui para o cuidado integral quando, percebendo-o enquanto instrumento de trabalho, que possui como elementos fundantes o acolhimento e o vínculo, não se materializa como um fazer técnico, mas em um fazer que tem, no homem, a base de sua intervenção, uma vez que os indivíduos apresentam demandas e necessidades de cuidado (CHAGAS, et al, 2009), que remetem à práticas de saúde mais amplas e integrais. De acordo com Erdmann et al (2006), as práticas de saúde baseadas no cuidado integral e voltadas para as necessidades de saúde dos indivíduos sobre as quais se constroem possibilidades de protagonismo na produção do cuidado, configura-se em um “constante desafio”. Isso porque a prática em saúde envolve complexas relações entre o homem e o meio que o cerca. Ao interagir com este meio, o indivíduo se transforma, revela suas habilidades, anseios e cria, para além das demandas, necessidades em todos os campos da realidade social (na saúde, na educação, na política...); necessidades que poderão ser supridas, ou não, pela interação com o outro na relação profissional-usuário, com instituições e serviços. Compreendendo a prática em saúde como construção histórica, marcada pela escuta das necessidades de saúde apresentadas pela população, ela também pode carregar em si um conteúdo pedagógico que a torna também *prática educativa*. Nem toda prática de saúde será necessariamente educativa, mas, em se tratando da busca por um cuidado integral, visando à saúde e não somente à doença, o conteúdo educativo crítico, envolvendo tais práticas, se faz importante, na medida em que, pelo ato de educar, busca capacitar os indivíduos para cuidarem de sua saúde e não apenas amenizar a situação de doença como objetivaram muitas práticas de saúde ao longo do tempo. Logo, a prática educativa é uma forma de cuidado que busca compreender e atender o indivíduo em sua totalidade. Assim, a grande diferença entre prática em saúde e prática educativa reside no fato de que, apesar de as duas formas de prática abarcarem o cuidado, a prática educativa em saúde aprofunda o processo do cuidar ao buscar

espaços coletivos para a reflexão sobre a situação-problema, chamando o indivíduo a participar das possíveis soluções não na qualidade de passivo, mas ativo, incentivando a autonomia do usuário a partir da informação qualificada, que o faça tomar as decisões tendo em vista o que compreende ser melhor para si e não porque o outro lhe impôs o que seria o correto, como acontece em práticas em saúde mais restritas, cujo conteúdo educativo, quando vislumbrado, toma como base a mudança comportamental, não vislumbrando os determinantes que implicam as condições de vida e saúde. Na discussão de prática educativa em saúde, o que se entende por educar também se faz fundamental, uma vez que, dependendo do conceito de educação empregado nas práticas, o resultado poderá atender a objetivos diferentes. Com relação ao conceito de Educação, Fleuri (1986) destaca pelo menos três concepções distintas caracterizadas em educação *Autoritária, Liberal e Libertadora*. Todas essas concepções, *quem é o sujeito da ação educativa, para que educar, como educar e em torno de que educar*, são variáveis importantes para delinear a linha pedagógica adotada na prática. Para o autor, refletir sobre estas variáveis no desenvolvimento das práticas educativas orienta aquele que se propõe educador a posicionar-se em qual concepção de educação estará reforçando. *“Em primeiro lugar, é preciso se perguntar quem é o sujeito do processo pedagógico. Pois a educação, assim como todo fato social, não é nem uma ideia abstrata, nem uma coisa concreta e mensurável. É um processo resultante de um conjunto de relações entre pessoas. (...) para que educar, ou seja, quais os objetivos perseguidos no processo educativo. (...) Como educar, ou seja, quais os meios, as estratégias necessárias e adequadas para se atingir os objetivos. (...) em torno de que educar [em que] o processo educacional implica certamente a aprendizagem, o conhecimento [para a vida, para a autonomia]. (...)”* (FLEURI, 1986, p. 70). Para Fleuri (1986), no Modelo de Educação Autoritário, o sujeito da educação é aquele que controla as decisões, que tem autoridade. O educando, o objeto da ação, receptáculo de um saber que é alheio e não construído. Neste tipo de modelo educativo, a tendência é desenvolver no indivíduo a cultura de repetir ideias, valores, levando ao processo de alienação, que, segundo o autor, desencadeia um *“processo pelo qual alguém é condicionado a viver (a pensar, falar, querer, agir) conforme parâmetros e interesses ditados por um outro. Desta maneira, este pode explorar, oprimir, reprimir sem que o primeiro faça muita resistência ou apresente reação séria. (...) O objetivo desse tipo de educação é adaptar as pessoas a um tipo de sociedade em que predominam relações de opressão”* (FLEURI, 1986, p. 71-72). No Modelo Liberal, a educação volta-se para a formação da pessoa como ser livre, autônomo, que possui as rédeas de sua vida, um autodidata. Neste modelo, o sujeito da educação passa a ser o indivíduo, que *“(...) decide o quê e como aprender, utilizando-se dos recursos e possibilidades que a escola oferece. (...) O objetivo de tal educação seria reforçar o indivíduo como alguém capaz de ter opiniões próprias, tomar decisões por si mesmo e tirar proveito das oportunidades que a sociedade oferece. (...) Os processos educacionais contribuem para adaptar as pessoas a um tipo de sociedade em que cada um, buscando sua satisfação individual, estabelece relações de competição pelas quais se espera fazer avançar o progresso da sociedade”* (FLEURI, 1986, p. 73). No modelo de educação a quem Fleuri chamou de Libertário, o sujeito do processo não é o educador nem o próprio indivíduo, mas os sujeitos envolvidos na ação, o que torna o processo não individualizado, mas coletivo. Para o autor, como em um processo pedagógico libertador não cabe um “chefe” determinando as ações, nem um “indivíduo passivo”, que obedece, defende-se a postura do comparti-

lhar, do coletivo, primando pela prática educativa pautada nas relações de troca de experiências, conhecimento e participação. Para o autor, *“as estratégias educacionais deverão ser essencialmente dialógicas e participativas. (...) O conteúdo da educação deixará de ser exclusivamente teorias abstratas ou intenções e opiniões individuais, para ser predominantemente o conhecimento dos problemas que surgem na práxis de transformação social [pois, como aponta Paulo Freire, os elementos fundamentais para a formação da consciência crítica ancoram-se no diálogo e na práxis, ou dito de outra forma, um processo pedagógico, para se dizer libertador, deve pautar-se no diálogo que tem como ponto de partida os problemas que podem ser vislumbrados na práxis social e política]. E, à medida que as pessoas assumem efetivamente uma práxis, sentem necessidade de conhecê-la melhor e se engajar nela. (...) Daí que as intenções e opiniões de cada um precisam ser explicitadas e discutidas, pois é a partir disso que o grupo cresce. É como Paulo Freire diz: “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”* (FLEURI, 1986, p. 75-76). Um dos grandes pensadores que defendeu o conceito de educação como prática da liberdade foi, sem dúvida, Paulo Freire. Para ele, na prática educativa libertária, os sujeitos buscam e compartilham saberes e cultura através de suas experiências. Educar, então, implicaria partir das relações sociais que os homens estabelecem entre si nos mais variados espaços sócio-ocupacionais, preservando e respeitando a diversidade inscrita no campo cultural, social, econômico, político, ético, entre outros, na perspectiva de lutar e ampliar direitos (FREIRE, 1994). Segundo Freire, *“a ‘educação como prática da liberdade’ não é a transferência ou a transmissão do saber nem da cultura; não é a extensão de conhecimentos técnicos; não é o ato de depositar informes ou fatos nos educandos; não é a ‘perpetuação dos valores de uma cultura dada’; não é ‘esforço de adaptação do educando a seu meio’”* (FREIRE, apud ALVES & ALMEIDA, 2008, p. 108). A educação bancária, inverso da educação libertária, problematizadora, significa a transposição de informações por aquele que sabe disciplina, dita as regras (educador), depositando um saber construído no receptáculo que é o educando, não dando espaço para a criatividade, o aprendizado, o desenvolvimento de uma perspectiva diferente da imposta, sendo um celeiro de reprodução do saber imposto e não social e historicamente construído, pois, como aponta Freire, *“só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros* (FREIRE, 2005, p. 68-69)”. O legado de Freire instigou muitos estudiosos a defenderem esta percepção do educar. Gadotti (2001, p.78-81), em seus estudos sobre a educação, evidencia o pensamento de Freire sobre a práxis educativa estar ligada a quatro grandes eixos: 1º - Ênfase nas condições gnosiológicas da prática educativa – em que educar é conhecer, ler o mundo, para poder transformá-lo. 2º - Defesa da educação como ato dialógico – em que se defende uma educação ao mesmo tempo rigorosa, intuitiva, imaginativa, afetiva e, portanto, comunicativa. 3º - A noção de ciência aberta às necessidades populares – e, por conseguinte, uma educação voltada às questões sociais e muito concretas, como trabalho, emprego, pobreza, fome, doença, etc. 4º - O planejamento comunitário, participativo, a gestão democrática e a pesquisa participante – que se traduz nas experiências educacionais atuais, que têm tido grande impacto em diferentes localidades e comunidades brasileiras. Estes eixos oferecem elementos para alimentar a construção de uma educação que leve em conta o indivíduo, suas singularidades

e sua inserção no mundo, suas necessidades e suas potencialidades de ser e de se ver como sujeito de sua história. E este processo ganha êxito quando se parte de uma relação dialógica entre os sujeitos. Comparando do pensamento freiriano, Lima & Carloto (2009, p. 128) expõem que, no educar, a “(...) ênfase é para que (...) [as] ações fundamentem-se em uma visão participativa e dialógica. Sob essa ótica de fundamentar-se na visão dialógica, o conceito de ações socioeducativas apresenta uma associação à ideia de educação como prática da liberdade de Paulo Freire”. Para as autoras, “(...) Freire desenvolveu sua concepção educativa numa perspectiva crítica, questionadora das relações de dominação e essa concepção encerra também uma concepção de práxis” (id., p. 129). Na relação dialógica, aflora um processo de horizontalização das relações em que educador e educando estão próximos, na condição de sujeitos, contribuindo para a superação do que Freire chamou de educação bancária em que o educador, e apenas ele, é o sujeito enquanto o educando passa por objeto. De acordo com Lima & Carloto (2009, p. 129), *“do ponto de vista de Freire, na educação bancária, há uma ação educativa, dissertativa, narrativa. Coloca ainda, que, na forma “bancária” da educação, o “saber” é visto como uma doação dos que se julgam sábios, conhecedores aos que julgam nada saber. Há o que ele chama de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro”*. Ainda para as autoras, Freire traz uma contribuição inestimável ao pensamento da educação, pois, *“em contraposição a essa forma de educação, ele propõe a educação (ou ação cultural) problematizadora, libertária, que tem como pressupostos a humanização de ambos, educador e educando, o pensar autêntico, e, não, educação como doação, como entrega do saber. Isso prevê o companheirismo de ambos, educador e educando. Isto implica um que fazer conceito que representa a união entre teoria e a prática, reflexão e ação”* (LIMA & CARLOTO, 2009, p. 129). Sobre esta perspectiva nasce a educação problematizadora, a partir do conhecimento trazido pelo indivíduo, enriquecendo-o com outros conhecimentos que facilitarão seu processo de reflexão consciente. *“(...) Freire não nega o conhecimento do nível da doxa (conhecimento ingênuo ou do sendo comum), mas afirma que, para superá-lo, é necessário partir desse para chegar, através do nível do logos (razão) ao saber verdadeiro que se dá na práxis. Por sua própria característica ontológica, os homens são seres do que fazer exatamente porque seu fazer é ação e reflexão, é teoria e prática, é práxis, por isso mesmo diferente dos animais que são puro fazer (...)”* (LIMA & CARLOTO, 2009, p. 130). Gehlen et al. (2009, p. 08) destacam dentro do pensamento de Freire que “o ponto de partida do processo educacional está vinculado à vivência dos sujeitos, seus contextos, seus problemas, suas angústias e, acima de tudo, às contradições presentes no ‘mundo vivido’”. Ao considerar a educação como um ato político, rumo às ações transformadoras, envolvendo a construção do saber de maneira crítica pelos sujeitos, o que se propõe é um processo educativo que agregue estímulo à participação, possibilidade de decisão, busca contínua pelo conhecimento, a fim de contribuir para com a autonomia dos envolvidos. **Conclusão:** No processo de educação, para além da extensão/transmissão de conhecimento, é preciso partir de questões que expressam a vida dos indivíduos para que de fato se sintam parte do processo: o quê? por quê? como? para quê/quem? contra quê/quem? a favor de quê/quem? São indagações fundamentais dentro do contexto da ação educativa, uma vez que instigam a problematização da situação apresentada. Para Gehlen et al. (2009, p. 09), *“problematizar consiste em abordar questões que emergem de situações que fazem parte da vivência dos educandos. É desencade-*

ar uma análise crítica sobre a “realidade problema”, para que o educando perceba esta questão e reconheça a necessidade de mudanças”. Segundo Arroyo (2009), para debruçar-se sobre a realidade, a educação deverá resgatar as vivências, as necessidades sociais que situam a vida dos indivíduos. Assim, a questão central a ser trabalhada em conjunto não será apenas circunscrita ao que o outro sabe a respeito daquela situação apresentada, mas, sobretudo, que dimensão, que impacto aquela determinada situação vivenciada traz para a vida do indivíduo. Será a partir desse questionamento que se poderá abrir possibilidade para uma leitura crítica a respeito das condições de vida e pensar estratégias de promover sua qualidade. Malfitano e Lopes (2009, p. 364-365) apontam que o processo de educação se processa através das ações coletivas, “que têm a luta pela cidadania como objeto impulsionador de suas práticas, sendo a conscientização e a ação coletiva (...) sua maior característica”. Sob esta perspectiva, os problemas apresentados nem sempre podem ser solucionados de imediato, mas poderão ser debatidos e contornados, através de um processo educativo pautado nos preceitos da autonomia, liberdade e criatividade, “os quais preveem que o alcance dos objetivos do trabalho dar-se-á a partir do conhecimento local e das potencialidades ali presentes, de maneira que se articulem, com base no que define e cria a comunidade, possibilidades de tessitura de projetos autônomos de vida” (id. 2009, p. 368). Chagas et al. (2009, p. 37) apontam que o educar tradicional “confunde “ensinar” com “transmitir”, tornando o indivíduo agente passivo da aprendizagem, e tornam evidente a necessidade de o educador assumir um novo papel, o de facilitador do conhecimento, que deve ser buscado pelo aprendiz”. Para as autoras, educação problematizadora, democrática “visualiza o ser humano como um ser histórico, submerso em condições espaço-temporais, refletindo de maneira crítica sobre a sua existência, com capacidade para transformar-se e buscar ser mais livre” (id. p. 37). Assim, a educação deve ser vista como “uma troca de experiências entre educador e educando, relação na qual um colabora para a aprendizagem do outro, sendo esta permuta inesgotável. (...) Educar significa colocar o indivíduo em contato com os sentidos que circulam em sua cultura, para que, os assimilando, possa nela viver. Essa assimilação, no entanto, não deve subentender uma atitude passiva do sujeito, pois não se trata de impor sentidos ao educando, de adaptá-lo a conceitos preexistentes” (id., 2009, p. 37; 39). Se a educação pode ser entendida como prática da liberdade, propiciando ao indivíduo participar da construção do seu conhecimento para aplicá-lo de acordo com seus interesses e necessidades, a ação educativa pode e deve ser desenvolvida em todas as instâncias que demandem a presença do indivíduo como sujeito de seu processo de aprendizado.

Referências: ACIOLI, Sonia. Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org). 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. ALVES, Maria Leila; ALMEIDA, Danilo Di Manno de. Educação Problematizadora: Uma Re leitura De “Extensão Ou Comunicação?” In: **Revista Múltiplas Leituras**, v.1, n. 2, p. 102-110, jul. / dez. 2008. ARROYO, Miguel G. Educação Popular, saúde e Justiça Social. In: **Caderno Cedes**, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 401-416, set./dez. 2009. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. CHAGAS, Natália Rocha, et al. Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. In: *Ciência y Enfermería*, XV (2): 35-40, 2009. Disponível em

<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art05.pdf>. ERDMANN, Alacoque Lorenzini, et al. Gestão das Práticas de Saúde na Perspectiva do Cuidado Complexo. In: **Texto & Contexto**. Revista de Enfermagem. Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 483-91. FLEURI, Reinaldo Matias. Educar: para que? In: **Educação e Filosofia**. Uberlândia1(1):69-77, Jul/Dez. 1986. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. 3 ed. São Paulo, Paz e Terra, 1994. _____. **Pedagogia do oprimido**. 44ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005. GADOTTI, Moacir. **Um legado de esperança**. São Paulo, Cortez, 2001. GEHLEN, Simoni Tormöhlen. Freire e Vigotski no contexto da Educação em Ciências: aproximações e distanciamentos. In: **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**, vol. 10, No 2, 2009. Disponível em <http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/ensaio/article/viewFile/150/212>. LIMA, Evangelina Sanches; CARLOTO, Cássia Maria. Ações socioeducativas: reflexões a partir de Freire. In: **Emancipação**. Ponta Grossa, 9(1): 127-139, 2009. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>. MALFITANO, ANA PAULA SERRATA; LOPES, ROSELI ESQUERDO. Educação Popular, Ações em Saúde, Demandas e Intervenções Sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. In: **Caderno Cedes**, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 361-372, set./dez. 2009. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19 (5):1527-1534, set-out, 2003. VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da Práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

Programa de formação para o controle social no SUS Betim

Jacqueline do Carmo Reis
Luiz Carlos Castello Branco Rena
Eliliane Eloisa Reis
Mariane Vanessa Resende
Michele Jeremias Simão
Sarah Maria Reis da Silva

O Analfabeto Político

O pior analfabeto
É o analfabeto político,
Ele não ouve, não fala,
nem participa dos acontecimentos políticos.

Ele não sabe que o custo de vida,
o preço do feijão, do peixe, da farinha,
do aluguel, do sapato e do remédio
dependem das decisões políticas.

O analfabeto político
é tão burro que se orgulha
e estufa o peito dizendo
que odeia a política.

Não sabe o imbecil que,
da sua ignorância política
nasce a prostituta, o menor abandonado,
e o pior de todos os bandidos,
que é o político vigarista,
pilantra, corrupto e o lacaio
das empresas nacionais e multinacionais.
(Berthold Brecht)

Introdução: A participação de discentes e docentes dos cursos de Administração, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Sistemas de Informação da PUC Minas, em Betim, no Projeto de Extensão “Saúde nos

Interessa: Instituído um Observatório do Controle Social do SUS Betim” vem fomentando o debate e elaborando propostas para a qualificação dos mecanismos de controle social no SUS Betim. Utilizando como base conceitos da educação popular, a extensão, como um eixo da formação universitária, constituiu-se como espaço privilegiado para troca de saberes, encurtando a lacuna entre a Universidade e a Sociedade, através de experiências direcionadas para a construção do conhecimento. O Observatório do Controle Social do SUS Betim teve início em 2010, respondendo à demanda de um grupo de alunos e professores participantes do I Encontro Acadêmico de Saúde e Cidadania, realizado como evento preparatório a participação dos professores e alunos na 10ª Conferência Municipal de Saúde de Betim e 1ª Conferência Municipal de Saúde Ambiental de Betim, realizada em 2009, comprometendo com as questões sociais de saúde do Município de Betim. Dentre as várias ações desenvolvidas pelo Observatório do Controle Social do SUS Betim, a proposta de oficinas de formação para o controle social visa oferecer aos conselheiros locais e regionais de saúde do Município um espaço de discussão e aprendizado de temas relacionados à participação popular, cidadania e saúde pública, através de uma metodologia participativa que favoreça uma ampla reflexão sobre tais temas. Como parceiros nesta proposta de oficinas, a Secretaria Municipal de Saúde, através da Superintendência de Gestão Estratégica e Participativa, a PUC Minas Betim, por meio do Observatório do Controle Social, e o Conselho Municipal de Saúde empenham-se em oferecer aos conselheiros de saúde o conhecimento necessário para a realização de suas atividades de fiscalização, formulação e deliberação acerca do Sistema Único de Saúde e reafirmam seus compromissos com o fortalecimento do controle social. Objetivo Geral: Oferecer aos Conselheiros locais, regionais e municipais de saúde bem como aos usuários do SUS Betim e seu entorno espaço de reflexão crítica e construção do conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde – SUS a fim de aprofundar seu compromisso ético-político com a saúde pública, qualificando-os para atuação autônoma, lhes assegurando as condições para o cumprimento de seu papel social nos termos da legislação. Objetivos Específicos: Fornecer os instrumentos básicos para um diagnóstico das condições de vida e situação de saúde da população; Oferecer em linguagem adequada e acesso as bases teóricas e legais do SUS; Proporcionar a compreensão ampla e abrangente da dinâmica de funcionamento e gestão do SUS Betim; Construir coletivamente estratégias e ferramentas necessárias ao exercício pleno do controle social no SUS; Proporcionar o desenvolvimento de habilidades e competências individuais indispensáveis ao cumprimento das tarefas no cotidiano do controle social; Estabelecer mecanismos para atuação em rede, identificando na área de abrangência do Conselho os equipamentos sociais, organizações governamentais e não-governamentais que poderiam se constituir como parceiros no cuidado da saúde da população; Alinhar e estabelecer ações diretas e comuns com o PRÓ-SAÚDE e o PET SAÚDE, e apoiar as iniciativas do Programa VER-SUS de extensão Universitária de responsabilidade do Ministério da Saúde. Justificativa: O processo de capacitação e educação permanente de conselheiros proposto através desta oficina parte do entendimento de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, e que implica no acesso às informações sobre o Sistema de Saúde Pública. A capacitação dos conselheiros de saúde favorece sua atuação na

democratização do Estado e qualifica sua participação na política de saúde. Além disto, fortalece-os como sujeitos sociais, aptos a participarem da formulação da política de saúde como representantes da sociedade. Por ser uma atividade acadêmica libertadora e que busca dialogar com seus protagonistas, a participação dos discentes no processo de construção e realização das oficinas propicia a estes atores uma compreensão humanista acerca do tema saúde e do seu papel social na participação popular enquanto cidadão. Busca-se uma metodologia onde educadores e educandos se relacionam de forma humanizada e democrática o que repercutirá positivamente na sua formação estudantil. A vivência dos extensionistas com os conselheiros de saúde favorecerá a transformação do processo acadêmico conforme sistematizado por Paulo Freire (MOURÃO, 2011). Nesta forma de condução do processo acadêmico, via extensão, a academia ganha vida e vivencia outras formas de construção de teorias e conhecimentos. Eixos da Formação no Controle Social: Quando o (a) cidadão (ã) se coloca disponível para a comunidade e pela vontade desta comunidade é eleito (a) para o Conselho Local, Regional ou Municipal de Saúde estabelece-se um vínculo que impõe responsabilidades, compromissos e tarefas concretas para ambas as partes se considerarmos o que está anunciado na lei 4886/2009: *“Art. 30 - Compete aos Conselhos Regionais de Saúde: I - propor, acompanhar e fiscalizar a implementação de políticas de saúde em sua região administrativa, onde estão implantadas as Unidades e Serviços de Saúde do Município; II - avaliar a implementação das ações e serviços de saúde na sua área de abrangência; III - articular e ser apoio do Conselho Municipal de Saúde, para sua área de abrangência; IV - eleger a Mesa Diretora do respectivo Conselho Regional de Saúde; V - deliberar sobre a organização dos serviços de saúde, na sua área de abrangência, em consonância com as diretrizes das Conferências Municipais de Saúde, a política municipal de saúde e as deliberações do Conselho Municipal de Saúde.”* (BETIM, 2009.) *“Art. 33 - Compete aos Conselhos Locais de Saúde: I - propor, acompanhar e fiscalizar a implementação de políticas de saúde para o território de abrangência de cada Unidade de Saúde; II - avaliar a atuação e o desenvolvimento das ações e serviços de saúde da sua área de abrangência; III - articular-se com os Conselhos Locais de outras Unidades de Saúde da Região em que se encontra o Conselho Local de Saúde; IV - eleger o (a) Presidente e o (a) Secretário (a) do respectivo Conselho Local de Saúde; V - deliberar sobre a organização dos serviços de saúde da sua área de abrangência, em consonância com as diretrizes das Conferências Municipais de Saúde, a política municipal de saúde e as deliberações do Conselho Municipal de Saúde.”* (BETIM, 2009). Da comunidade espera-se apoio e suporte às ações do conselheiro, bem como o envolvimento direto nas iniciativas de reivindicação, denúncia e defesa dos direitos relacionados à saúde e qualidade de vida. Para o (a) conselheiro (a), como ator social importante no cenário do SUS fica a expectativa da comunidade em relação à sua atuação que está prevista na legislação em vigor e que a realidade específica de cada comunidade exigirá. Para exercer plenamente seu papel cada conselheiro e o coletivo dos Conselhos deverão resgatar saberes gerais e específicos que já foram, ou vem sendo, construídos ao longo da trajetória de cada um (a). Como saberes necessários à prática política e pedagógica dos conselheiros este Projeto propõe: a) Domínio da legislação que institui e normatiza o SUS; b) Conhecimento ampliado e dialogado sobre os princípios e diretrizes do SUS; c) Leitura e interpretação de dados; d) Gestão de processos grupais e condução de práticas coletivas; e) Domínio dos recursos e ferramentas de informática; f) Funda-

mentos do diálogo e negociação; g) Capacidade de reflexão crítica; h) Conhecimento dos programas, políticas e serviços ofertados pelo SUS no município em todos os níveis de complexidade; Como habilidades apontamos os seguintes saberes: a) Leitura e interpretação de textos sobre saúde pública; b) Operações matemáticas básicas; c) Operar com computadores e ferramentas digitais; d) Disponibilidade para participar das reuniões de forma ativa e desejar contribuir para transformações necessárias; e) Técnicas básicas de planejamento e dinâmica de grupo; f) Comunicação objetiva e esclarecedora; g) análise de estrutura; h) Como fazer análise de conjuntura. A formação alcançada neste percurso deverá ser enriquecida por um processo de educação permanente para o controle social como esforço de “aprendizagem que se processa no ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas dos sujeitos sociais. Considera as necessidades sentidas, as condições e as oportunidades dos sujeitos sociais de absorver e refletir sobre o conhecimento ao longo da vida, requerendo um tempo adequado e diferenciados momentos.” (BRASIL, 2006) Assim, entendemos que as Oficinas de Formação como uma dos espaços para essa aprendizagem que poderão oferecer recursos nos seguintes eixos: a) História, estrutura e funcionamento do SUS no Brasil e em Betim; b) Análise de estrutura e conjuntura brasileira; c) conceitos básicos de saúde coletiva: determinantes da saúde e da doença; prevenção e promoção da saúde; d) Direitos e deveres dos usuários do SUS: programas e ações de assistência e cuidado da população; e) Controle Social: fundamentos, marco legal, estrutura e funcionamento; f) Metodologia de educação popular: estratégias e recursos de mobilização popular; g) Política de Educação Permanente para o Controle Social. Esses sete eixos deveriam se tornar referência para o planejamento das práticas educativas que integram as oficinas de forma equilibrada considerando, também, as condições ideais e as condições reais dos conselheiros eleitos. As tarefas que farão parte da atuação cotidiana do conselheiro pressupõe um perfil que revele as seguintes condições: a) Ensino Fundamental (pelo menos as séries iniciais); b) Disponibilidade de participação nas atividades das Oficinas; c) Acesso as informações gerais e específicas relativas ao SUS; d) Disposição para aprendizagem; e) Conhecer, vivenciar e participar do dia-a-dia dos usuários nos serviços de saúde da região; f) Conhecimento das necessidades locais; g) Disposição interna para ouvir críticas; h) Acesso aos gerentes e técnicos nas unidades de saúde; i) Manter-se informado sobre as iniciativas do CMS Betim; j) Bom relacionamento com as lideranças locais. Para além dessas grandes temáticas é preciso acolher as demandas dos próprios conselheiros quando esses forem inseridos nos grupos do programa. Metodologia: Ao incluir em seus objetivos a formação de usuários e trabalhadores do SUS para o exercício do controle social o Observatório se impõe algumas perguntas metodológicas: Que pedagogia adotar em práticas educativas mobilizadoras e/ou potencializadoras da participação popular? Que estratégias metodológicas, que recursos didáticos, que ferramentas e recursos de mediação seriam os mais apropriados considerando o perfil dos sujeitos que serão envolvidos neste programa? Neste sentido é importante reafirmar que todo conhecimento é historicamente determinado e só tem potencia de transformação quando coletivamente construído. A noção de conhecimento na perspectiva da educação popular e permanente reconhece uma diversidade de saberes que circulam na sociedade e estão disponíveis para que

possamos interpretar, explicar e intervir no mundo. Portanto, o conhecimento do mundo e consequentemente do SUS em suas várias dimensões e estruturas implica reconhecer o saber popular que emerge da experiência cotidiana do relacionamento com as práticas desenvolvidas no sistema como saber legítimo. O usuário fala com a autoridade de quem experimenta no próprio corpo e na própria vida os avanços e os retrocessos do SUS, em quanto o trabalhador produz um discurso a partir de dentro das engrenagens que movem o sistema e o mantém de pé. Por sua vez docentes e estudantes trazem no olhar o rigor científico e produzem uma leitura dos fatos e das vivências enriquecido pelas teorias e pelo saber sistematizado ao longo de décadas. Sendo assim, esse programa de formação se constitui em espaço privilegiado de interlocução entre distintas formas de sistematização do saber sempre tão necessária quando se trata de compreender em profundidade uma realidade tão complexa como o SUS: “...considera-se educação permanente para o controle social no SUS, os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação à distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debates – Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos de Saúde, Encontros de Conselheiros, seminários, oficinas, dentre outros.” (BRASIL, 2006). Como prática de educação permanente direcionada a públicos heterogêneos em vários aspectos (etário; escolaridade; inserção no SUS; etc..) este programa de formação assumi uma pedagogia que: a) valoriza a horizontalidade das relações pedagógicas; b) diversifica as linguagens através das quais se estabelecerá o diálogo entre os diversos atores que possuem diferentes saberes; c) tem a realidade e os fatos cotidianos com ponto de partida para os processos reflexivos; d) estimula a problematização e o exercício da pergunta como estratégia didática para formação da consciência crítica; e) se apropria das tecnologias de informação como ferramentas que ampliam as possibilidades de leitura do mundo; f) compreende o processo de aprender como uma experiência necessariamente coletiva e individual, exigindo práticas e processos individuais em diálogo e no interior de processos grupais. A realização dos objetivos anunciados neste programa implica uma metodologia coerente com os princípios e as concepções da educação libertadora de Paulo Freire. Entendemos metodologia como um jeito de fazer as coisas; de atuar e intervir na realidade, buscando uma práxis, isto é, um pensar crítico sobre a prática e uma prática que problematiza nossas concepções. Podemos afirmar que uma prática de Oficinas nos permitirá assegurar estes princípios metodológicos. Nesta metodologia intervenção educativa e psicossocial se confundem abrindo possibilidades para um processo grupal de grande alcance. No grupo em Oficina manejamos cuidadosamente uma diversidade de técnicas de abordagem e recursos de mediação, que revelam, neste jeito de trabalhar com o povo, nossa visão de mundo, do homem e da história. Assim, buscaremos observar os seguintes cuidados metodológicos: a) A participação dos envolvidos na experiência é um valor e a contribuição e a criatividade de cada um devem ser reconhecidas e valorizadas; b) Cada um constrói, durante sua trajetória de vida, um saber que integra sua bagagem. Esta diversidade de “saberes” é uma riqueza a ser compartilhada; c) Educador e educando, detêm saberes diferentes e são parceiros no esforço de aprender e construir conhecimento; d) A interação é indispensável e todas as possibilidades de comunicação e troca devem ser igualmente valorizadas; e) A

constituição e a manutenção do vínculo grupal é um desafio permanente. Trabalhar com grupos exige uma postura de leitura constante de cada um e de todos os envolvidos nas teias das relações que se estabelecem no interior do grupo; f) No planejamento das ações é necessário como referência para a condução do processo, mas suficientemente flexível para incorporar mudanças exigidas pelo movimento do grupo e da realidade que o circunda; g) O registro da experiência se constitui em compromisso com a memória histórica de cada um e do grupo. A documentação também é ação educativa e transformadora; h) A avaliação é responsabilidade de todos: ponto de chegada e de partida. A avaliação abrangente permite aprender com os erros alterando os rumos da ação. A identificação dos acertos aponta caminhos de aperfeiçoamento da intervenção educativa. Estes princípios metodológicos estão contemplados na prática das “Oficinas” como estratégia de intervenção pedagógica e psicossocial. Rena (2001) citando o Aurélio (1986) resgata o sentido etimológico do que o termo “oficina” como *“lugar onde se exerce um ofício... lugar onde se verificam grandes transformações”*. A prática das “oficinas” consiste precisamente na prática do ofício de pensar e sentir sobre a vida em vista de pequenas e grandes transformações. Se, para o marceneiro, a madeira é a matéria a ser transformada em objeto útil pela força do seu desejo e das suas ferramentas, para o grupo “em Oficina”, a matéria do seu trabalho é a história de cada um e a história de todos que poderão ser reveladas e transformadas pela força dos argumentos e dos sentimentos compartilhados. Estamos de acordo com Lúcia Afonso que afirma: *“...a oficina como um trabalho estruturado de grupos, podendo incluir vários encontros, mas sendo sempre focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe elaborar, dentro ou fora de um contexto institucional. Principalmente, é preciso esclarecer que a elaboração que se busca na oficina não se restringe a uma reflexão racional mas envolve os sujeitos de maneira integral, seus sentimentos, formas de pensar e de agir. Assim, a oficina se distingue de um projeto apenas pedagógico, embora tenha uma dimensão pedagógica, e de grupos de terapia, embora envolva uma dimensão clínica. Além disso, a “oficina” utiliza-se em grande medida das teorias e técnicas de grupo já produzidas na área da dinâmica de grupo, o que caracteriza uma prática de intervenção própria da psicologia social”*. (AFONSO, 1997: 3). Assim, a vivência da “Oficina” implica este esforço pedagógico pessoal e coletivo, com a racionalidade e a objetividade próprias da pedagogia, associado à abordagem da dimensão afetivo-emocional da pessoa, que permita a desconstrução e reconstrução social dos valores, das crenças, dos preconceitos e dos tabus, social e historicamente construídos. REFERÊNCIAS: VII Congresso Nacional de Saúde Coletiva, 2003, A experiência do Observatório da Reforma da Saúde no Brasil. AFONSO, Lúcia (org.) Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. Belo Horizonte: Campo Social, 2003. AFONSO, Almerindo J. Os lugares da Educação. In VON SIMSON, OLGA (org.) et al. Campinas: Editora da UNICAMP/Centro de Memória, 2001. ALVES, Rubem, As tarefas da educação. Caderno Sinapse, Jornal Folha de SP 29/06/2003. BETIM, X Conferência Municipal de Saúde de Betim e I Conferência Municipal de Saúde Ambiental de Betim: reconstruindo o SUS Betim com participação popular: relatório final/Secretaria Municipal de Saúde. Betim: 2009. BETIM, Lei nº4886 de 09 outubro de 2009. Diário Oficial do Município. Betim: outubro/2009. BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). A Questão política da educação popular. São Paulo: Brasiliense, 1985. (prefácio e pós-fácio). BRASIL, Polí-

tica de educação e desenvolvimento para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2003. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. CANESQUI, Ana M. Trajetória da educação popular nas instituições estatais de saúde. In PAIVA, Vanilda (org.) Perspectivas e dilemas da educação popular. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. CECCIM, Ricardo B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Revista Interface: comunicação, saúde e educação. v. 9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. CECCIM, R.B. FEURWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p.41-65, 2004. CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p.373-383. 2003. Conferência Nacional de Saúde, 9, 1992, Brasília. Saúde: municipalização é o caminho. Relatório final. Ministério da Saúde, Brasília. CÔRTEZ, S.M.V. As origens da idéia da participação na área da saúde. Saúde em debate, n.51, p.30-37, 1996. FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática pedagógica. São Paulo: Paz e Terra, 1996. FREIRE, Paulo e NOGUEIRA, Adriano. Teoria e prática da educação popular. Petrópolis: Vozes, 1989. MOURÃO, Eymard (Org.). Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec, 2011. REIS, Jacqueline e RENA, Luiz Carlos C B. Saúde nos interessa: instituindo o Observatório do Controle Social no SUS Betim. Projeto de Extensão. SESu. O que é extensão universitária? Disponível em <http://portal.mec.gov.br> em 12/10/2008.

Percepções na área programática 5.3 do município do Rio de Janeiro: aspectos positivos e negativos

Jessyca Silva Monteiro

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

Introdução: O Ministério da Saúde criou o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde, o VER – SUS com o objetivo de propor aos alunos selecionados, vivenciar o SUS integralmente em um período de 10 dias. O presente trabalho relata a experiência de uma acadêmica de enfermagem no Projeto VER-SUS realizado na cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente na zona oeste nos bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba o qual engloba a área programática 5.3. Neste sentido, expõe percepções que esta teve com o seu grupo durante a vivência, relatando os aspectos positivos e negativos encontrados na região. Os objetivos desse artigo são: Relatar as percepções de uma acadêmica de enfermagem na vivência do Sistema Único de Saúde; e Enfatizar a importância enquanto futura profissional de enfermagem de conhecer e entender o SUS. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa. O local foi a zona oeste do município do Rio de Janeiro, nos bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba entre os dias 29 de janeiro a 7 de fevereiro de 2012. Baseou-se em relatos dos profissionais de saúde e usuários. **Resultados:** Observou-se uma expansão na atenção básica, cuja base encontra-se nas Clínicas de Família com avanço no cuidado integral e cobertura de quase 100%, porém ainda muito comprometidas com metas quantitativas. Iniciativas voltadas para criação de grupos educativos e saúde bucal. Projeto Cegonha e Academia Carioca são marcos de eficiência e avanço. Apesar dos avanços encontrados, há diversos pontos negativos. Clínicas comprometidas com metas quantitativas e não com a qualidade da atenção, sobrecarga da média complexidade e inexistência da alta, demora e baixíssima qualidade da atenção aos usuários, significativas limitações de recursos humanos – falta de profissionais, ineficiência da real função do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família, baixa atenção a saúde mental, situação desumana nos serviços de urgência/emergência no único hospital visitado (responsável por absorver a demanda de sua área e da AP 5.3 por esta não possuir hospital), sobrecarga de agentes comunitários em algumas áreas e privatização de serviços (a exemplo da privatização dos laboratórios, o que não solucionou o problema anterior de demora dos resultados de exames). Os profissionais de enfermagem são bem atuantes e importantes para a construção de uma saúde humanizada. Alguns eram diretores de Clínicas de Família, atuando também na organização e realização de grupos educativos e nas consultas do programa “HIperDia” e de pré – natal. **Conclusão:** A experiência proporcionada promoveu um intenso aprendizado com uma visão mais ampla acerca do que representa o SUS com toda a sua conjuntura. Hoje em dia, vêem-se profissionais presos a modelos biomédicos, esquecendo-se da essência que o SUS carrega. São vistos os pontos negativos do SUS, o que acaba mascarando os pontos positivos. No entanto, felizmente esses pontos positivos existem e têm sido incluídos na zona oeste do município do Rio de Janeiro. Espera-se,

portanto, que as idéias produtivas plantadas nessa região sejam disseminadas para outras, no intuito de beneficiar a população e os próprios profissionais e acadêmicos da área de saúde.

Introdução: A presente realidade vivenciada pela sociedade brasileira relacionada às ações e estratégias do Sistema Único de Saúde, SUS, é fruto de uma série de lutas e conquistas em um longo e lento processo. O Brasil vem vivenciando ao longo das últimas décadas mudanças operadas na política de saúde, no que tange a construção e consolidação do SUS.² Ao longo de seus 23 anos obteve avanços e retrocessos. No âmbito do SUS, o processo de trabalho dos enfermeiros caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações que apresentam maior proximidade com os usuários e, normalmente, representam o maior quantitativo de profissionais dentro das instituições, o que tem trazido à inserção da profissão na atenção pública à saúde grande visibilidade social e política.³ Frente a esses aspectos, o Ministério da Saúde criou o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde, o VER – SUS com o objetivo de propor aos alunos selecionados, vivenciar o SUS integralmente em um período de 10 dias. O presente trabalho relata a experiência de uma acadêmica de enfermagem no Projeto VER-SUS realizado na cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente na zona oeste nos bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba que englobam a área programática 5.3. Neste sentido, expõe percepções que esta teve com o seu grupo durante a vivência, relatando os aspectos positivos e negativos encontrados na região. Os objetivos desse artigo são: Relatar as percepções de uma acadêmica de enfermagem na vivência do Sistema Único de Saúde; e Enfatizar a importância enquanto futura profissional de enfermagem de conhecer e entender o SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo de relato de experiência, desenvolvida durante a atuação no Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde VER – SUS, na cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente na área programática 5.3 que compreende os bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba, entre os dias 29 de janeiro de 2012 à 7 de fevereiro de 2012. Como recursos utilizados para a descrição da vivência, buscou-se artigos que foram publicados em bases eletrônicas da biblioteca virtual em saúde (BVS) como Scientific Electronic Library (SciELO) e relatos, tantos dos profissionais quanto dos usuários do SUS. **Resultados:** Observou-se um incremento na expansão da atenção básica tendo como base a criação das Clínicas de Família que faz parte do Programa Saúde Presente, da prefeitura do Rio de Janeiro com foco na prevenção de doenças e melhora na qualidade de vida da população, além de desafogar os níveis de média e alta complexidade. Houve um aumento quase exponencial, sendo assim, conseguiu-se uma cobertura de quase 100% na rede de atenção básica na A.P 5.3. Uma das grandes iniciativas da atenção básica observadas na região é a criação de grupos voltados para beneficiar a população e o fortalecimento da saúde bucal. Quanto ao primeiro, são grupos de educação em saúde que atendem gestantes, tabagistas, adolescentes, hipertensão e diabetes, alimentação saudável, alfabetização para adultos, artesanato e pintura, bate – papo com psicólogo, leitura, reforço escolar, crochê e planejamento familiar. Criar grupos, rodas de conversa e de ensino é estreitar os laços do profissional educador com o indivíduo, onde este visa garantir seu bem estar e a qualidade de vida. Já

a saúde bucal possui um grande número de atendimento, além da realização do programa “Dente – Escola”, onde as escolas são cadastradas e cada dentista fica responsável por sua respectiva área de atuação, podendo também realizar visitas domiciliares. Ao final de cada atendimento, são distribuídos kits bucais com escova de dente, pasta e fio dental sempre com devidas orientações do profissional. O Projeto Cegonha e a Academia Carioca foram um marco pessoal como avanços na região. O primeiro demonstrou que é possível criar um projeto que estabelece o vínculo tanto de cuidado quanto de confiança entre o binômio mãe - bebê e a equipe. É visto como um sucesso pelos moradores da região e que infelizmente ainda não é realizado em outros municípios do estado. Já a Academia Carioca é vista como um grande incentivo para diminuir o sedentarismo e auxílio no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes mellitus e hipertensão. Com isso, estimulará uma vida saudável e preventiva para a terceira idade. Com aparelhagem simples, são eficazes nos exercícios aeróbios e de musculação. A média complexidade visitada, representada por uma Policlínica localizada no bairro de Santa Cruz tem diversas especialidades e melhora do atendimento com a implementação do SISREG. O Projeto Saúde na Escola (PSE) foi visto atuante em uma escola visitada. Possui uma enfermeira que coordena as atividades no local. Contém uma sala de enfermagem com materiais de curativo, aparelho de pressão e um mural com uma balança ao lado onde o profissional realiza o controle do peso, além de um controle rigoroso com a saúde bucal. Outros avanços observados na região são a iniciativa de realizar a caminhada contra a Dengue e Hanseníase; a presença de um Centro de Referência para Jovens, um grande espaço para jovens aprenderem sobre música, dança, lutas, leitura e brincadeiras, porém há muito para melhorar através de mais voluntários e financiamento; a organização e metas do Conselho Distrital de Saúde. Apesar dos avanços encontrados, há diversos pontos negativos. Clínicas compromissadas com metas quantitativas e não com a qualidade da atenção, áreas descobertas, sobrecarga da média complexidade e inexistência da alta, demora e baixíssima qualidade da atenção aos usuários, significativas limitações de recursos humanos – falta de profissionais e problemas quanto ao cumprimento de horários de entrada pelos médicos, ineficiência da real função do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família – não realizam o matriciamento dos profissionais, baixa atenção a saúde mental, situação desumana nos serviços de urgência/emergência no único hospital visitado (responsável por absorver a demanda de sua área e da AP 5.3 por esta não possuir hospital), sobrecarga de agentes comunitários em algumas áreas e privatização de serviços (a exemplo da privatização dos laboratórios, o que não solucionou o problema anterior de demora dos resultados de exames). Todos estes pontos representam dificuldades do SUS quanto à gestão e administração pelos níveis deliberativos mais centrais e falhas quanto à adequada alocação e quantitativos de recursos humanos e financeiros. Ao fazer uma articulação com a enfermagem, foi observada a atuação do profissional principalmente na atenção básica que foi o nível de atenção mais observado durante toda a vivência. Este é bem atuante e importante para a construção de uma saúde humanizada. Foram visitadas cinco Clínicas de Família e pelo menos três enfermeiros eram diretores destas. Estes também atuavam na organização e realização dos grupos educativos e nas consultas do programa “HiperDia” e de pré – natal. **Conclusão:**

A experiência proporcionada promoveu um intenso aprendizado com uma visão mais ampla acerca do que representa o SUS com toda a sua conjuntura. Vivenciar de perto a dinâmica do SUS é resgatar o que fica aprisionado no simples bloco teórico das disciplinas da graduação e colocar em prática, através de um olhar holístico e centrado no bem – estar dos usuários. Enquanto acadêmica de enfermagem, é válido salientar que o SUS é dinâmico e não estático, ou seja, está em constante crescimento e construção. Observa-se que a enfermagem por ser uma profissão que tem como essência o cuidado, não pode passar como despercebida quanto ao conhecimento a cerca do SUS. Hoje em dia, vêem-se profissionais presos a modelos biomédicos, esquecendo-se da essência que o SUS carrega. São vistos os pontos negativos do SUS, o que acaba mascarando os pontos positivos. No entanto, felizmente esses pontos positivos existem e têm sido incluídos na zona oeste do município do Rio de Janeiro. Espera-se, portanto, que as idéias produtivas plantadas nessa região sejam disseminadas para outras, no intuito de beneficiar a população e os próprios profissionais e acadêmicos da área de saúde. **Referências:** ¹ Pinheiro, R.; Luz, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, Abrasco, 2003. ² Borges, M.A.S.F; Nascimento, M.A.A. A enfermeira no processo de descentralização do sistema de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem; 57 (6), Brasília Nov./Dec. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600006. ³ Gomes AMT, Oliveira DC de, Sá CP de. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. *Psicol. teor. prat.* [online]. 2007, 9(2):109-25. [citado 2012-05-24]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872007000200007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-3687

Gerontologia em movimento: um olhar para educação popular e saúde

João Paulo Ferreira

Esse artigo inscrito tem como objetivo apresentar o curso de graduação em Gerontologia e as suas respectivas potencialidades em se tratando de educação popular em saúde. De forma bem sucinta, tento mesclar os saberes da educação popular e saúde e da Gerontologia, salientando esse leque de possibilidades que se forma e direciona para uma relação mais humanizada e democrática com o idoso, onde no artigo, utilizo o exemplo de participação popular através do Conselho Municipal do Idoso em que faço a minha prática profissional.

O envelhecimento populacional é um fenômeno irreversível e inerente às sociedades contemporâneas e isso se deve, em grande parte, devido à queda combinada das taxas de fecundidade, mortalidade e aumento da expectativa de vida. Aponta-se que em 2020 o Brasil alcance a marca de 32 milhões de idosos, ficando no sexto lugar da lista de países com maior número de idosos – cerca de 15% da população total do país naquele ano. A Gerontologia afixada como área do conhecimento que estuda o processo de envelhecimento e todas as suas peculiaridades se torna imprescindível nesse contexto histórico social atual, margeado pela emergência de se entender esse cenário ampliado de velhice, onde se colocam constantemente em xeque realidades heterogêneas e diferentes formas identitárias. Partindo-se de uma fala voltada para a experiência com o Conselho Municipal do Idoso da cidade de São Carlos – SP, consigo ver que existe uma emergência em se criar mecanismos que reiterem a participação do idoso e a ressignificação de suas formas de expressão. Emergência essa, que deve apontar não só para a esfera da saúde, mas também para a esfera social, onde se crie esse sentimento de pertencimento do meio e de possibilidades diferenciadas de participação. E quando se menciona a questão de se criar possibilidades diferenciadas, a intenção não está relacionada à diferenciação da geração idosa com as demais para poder, posteriormente, incluí-la. Antes, visibilizar todas as possibilidades de participação mediadas por intervenções sociais com os idosos e não somente para idosos. Dessa forma, com os aportes teóricos apreendidos no decorrer da graduação, com as experiências e com essa demanda por formas de sociabilidades mais participativas e democráticas, se constrói um cenário promissor e intrigante para os futuros profissionais em Gerontologia, onde se circunscrevem valores sociais, como a participação, a situação social – na questão da geração –, integralização do trabalho e multidisciplinaridade. Criticar esse sistema biomédico e verticalizado das relações sociais com os idosos é dar lugar a questão, por vezes implícita, da subjetivação do idoso. Podemos analisar, depois de várias leituras sobre educação popular e saúde, que existem muitas proximidades de ideais ora apregoados pela Gerontologia ora pelas já consagradas experiências em educação popular e saúde, e que essa proximidade só enriquece o que ambas já conseguiram elencar até o momento. A começar por sistemas mais capacitantes de atenção, políticas públicas, melhoramentos socioespaciais – como o

projeto cidade amiga do idoso, por exemplo –, a criação de conferências municipais que possibilitem esse diálogo e integração entre idoso e sociedade, o enaltecimento da importância de ser cidadão e exercer cidadania através da junção entre profissionais e comunidade e muitas outras iniciativas que possam dar lugar para a fala e a escuta. Da junção entre esses saberes/ideais poderiam surgir sistemas mais democráticos e inclusivos – não diferenciando para incluir – e demonstrando o campo multidimensional que a velhice está compreendida, provocando verdadeiras rupturas sociais, políticas, econômicas e culturais, não recaído, assim, no paradoxo tradicionalíssimo e estigmatizante de indivíduos aposentados e, portanto, inválidos.

A experiência do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde na visão do ACS – formando “Mensageiro da Paz”

Joelma Moreira Ramos Roque

Trata-se de um relato de experiência sobre o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) no município do Rio de Janeiro, a partir da visão de uma ACS. A experiência relatada será referente à II etapa formativa do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, realizada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, a partir de uma pactuação realizada entre esta, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, o Sindicato dos ACS's do Rio de Janeiro e a escola Técnica do SUS Isabel dos Santos. A primeira etapa foi realizada por esta última instituição no ano de 2006. As aulas da II etapa formativa do CTACS iniciaram em Novembro de 2011. Acontecem duas vezes na semana, no horário de oito às dezessete horas. Para assistir as aulas os alunos foram autorizados pela gestão a se ausentarem do trabalho no horário do curso. Este se organiza a partir de eixos de aprendizado. Até o presente momento foram realizados os eixos: Estado, sociedade e políticas públicas, com a professora Nicole; Educação em saúde, com a professora Milena; Modelos de atenção, atenção primária e Estratégia de Saúde da Família, com a professora Carla. Estão em andamento os eixos Promoção, vigilância e cuidado em saúde; Investigação e Planejamento e Oficina de Leitura. Com este trabalho concluo que o CTACS tem me proporcionado maior entendimento sobre o meu trabalho e sobre a função do ACS, contribuindo muito para o desenvolvimento do meu saber no cotidiano das atividades que desenvolvo. A partir do CTACS melhorei o modo de organizar minhas ideias e planejar minha prática, dando outra visão para o meu trabalho. Acredito que todos os ACS deveriam ter este direito de fazer o curso técnico garantido. Ser ACS é respeitar as culturas, religiões, a população como um todo. A minha alegria é que não há alto mais mortalidade infantil na minha microárea, que os casos de dengue caíram, que o mosquito não proliferou. Cuidar da comunidade é gratificante. Porque mensageiro da paz? Porque o ACS contribui para que a comunidade sobreviva mais tempo e melhor na medida em que a ajuda a não se entregar aos problemas. O ACS apoia e troca saberes com a comunidade e os usuários, ajudando-os a continuar na luta e fazer a vida valer a pena. Isto é feito a partir do cuidado de si, transformando os obstáculos (espinhos) em flores, tornando a vida mais bela.

Trata-se de um relato de experiência sobre o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) no município do Rio de Janeiro, a partir da visão de uma ACS. Optei por ser Agente Comunitário de Saúde (ACS) porque moro na comunidade complexo da mangueira onde nasci, me criei e construí minha família. Meus avós paternos são baloartes da mangueira e toda família paterna é mangueirense, ou seja, frequenta e sai na escola de samba da Mangueira todos os anos. Além disso, foi na Mangueira que meu filho nasceu, jogou e conquistou muitas medalhas pelo futebol de salão como goleiro até seus dezesseis

anos de idade, e hoje pratica atletismo na modalidade de levantamento de peso. Há cinco anos decidi ser ACS para poder contribuir com o crescimento e desenvolvimento de minha comunidade. A experiência relatada será referente à II etapa formativa do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, realizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, a partir de uma pactuação entre esta, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, o Sindicato dos ACS's do Rio de Janeiro e a escola Técnica do SUS Isabel dos Santos. A primeira etapa foi realizada por esta última instituição no ano de 2006. As aulas da II etapa formativa do CTACS iniciaram em Novembro de 2011. Acontecem duas vezes na semana, no horário de oito às dezessete horas. Para assistir as aulas os alunos foram autorizados pela gestão a se ausentarem do trabalho no horário do curso. Este se organiza a partir de eixos de aprendizagem. Até o presente momento foram realizados os eixos: Estado, sociedade e políticas públicas, com a professora Nicole; Educação em saúde, com a professora Milena; Modelos de atenção, atenção primária e Estratégia de Saúde da Família, com a professora Carla. Estão em andamento os eixos Promoção, vigilância e cuidado em saúde; Investigação e Planejamento e Oficina de Leitura. No eixo Estado, Sociedade e Políticas Públicas, a professora Nicole nos fez retornar a época de colégio, relembrando-nos sobre a origem e história do êxodo rural no rio de janeiro; a formação e o surgimento das favelas; o que os governantes e a população pretendiam com estas “novas estadias”; a diferença entre favela e senzala; o governo de Getúlio Vargas – “presidente do povo” - que criou a carteira profissional, e os direitos do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O eixo Modelos de atenção, atenção primária e Estratégia de Saúde da Família foi ministrado pela professora Carla com o auxílio das preceptoras Mariana, Roberta e Ana Caroline. Esta parte do curso foi finalizada com a construção do diagnóstico situacional da micro-área de um ACS do grupo. Os grupos foram formados a partir da afinidade entre os educandos e são compostos por cinco a seis alunos (as). Para realizar o diagnóstico, coletamos dados da Ficha A, fizemos entrevistas com moradores e instituições e equipamentos sociais da comunidade. O diagnóstico foi muito importante porque a partir dele pudemos observar os problemas da comunidade, que quem “está de fora” não vê, como a falta de luz, a falta de água, o problema do asfalto, transporte, etc. O eixo educação em saúde, me ajudou a compreender e diferenciar o que é uma metodologia crítica e não crítica de educação. Percebi que nas minhas atividades educativas do trabalho eu não utilizava muito a linguagem científica. Também neste eixo aprendemos que na atividade educativa devemos procurar compreender a cultura, os hábitos, crenças das comunidades para nos aproximarmos de sua linguagem “popular”. Visitamos o museu de Oscar Niemeyer em Niterói, onde a ousadia de nos fazer refletir sobre as obras foi inesquecível. Neste eixo, aprendi que não somos só agentes de saúde, mas educadores em saúde. O eixo cuidado é composto por vários professores convidados que dão aulas temáticas específicas. Quatro aulas até o momento me chamaram atenção, foram elas: Estigma, Saúde bucal, Saúde mental e saúde da criança. Na aula de Saúde bucal aprendi que os problemas de saúde bucal podem interferir na vida das pessoas, tanto no fator social, psicológico, econômico, cultural e biológico. Também dialogamos sobre alguns fatores de risco, vulnerabilidades e problemas de saúde bucal em diferentes ciclos de vida, além de dicas

de prevenção para crianças, gestantes e adolescentes. O aumento de produção de hormônio nas gestantes as deixa mais sensível à gengivite, principalmente se ela possuir gengivite antes da gravidez. Aprendi que quando há inflamação na gengiva são liberadas no organismo substâncias que na gestante podem estimular as contrações uterinas e contribuir para o nascimento prematuro da criança. Em relação à saúde bucal da criança, o uso da chupeta e ato de chupar dedo podem interferir na formação da arcádia dentária. Na aula de saúde mental, compreendi que é necessário ter vínculo com o usuário em qualquer situação de doença ou sofrimento, seja ela hipertensão, diabetes, Alzheimer, crônicas ou agudas. Nós, agentes de saúde, estamos diretamente em contato com a comunidade e precisamos acolher o sujeito “cadastrado”, ouvir suas queixas e desabafos, para que possamos compreender o seu sofrimento, antes de julgar. As causas dos surtos podem ser por perdas amorosas e familiares, ausência de trabalho, excesso de problemas que não encontrou solução. As aulas sobre saúde mental também possibilitaram maior clareza acerca da rede de atenção psicossocial. Agora sei que quando acontecer um caso de usuário de drogas na comunidade, existe o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS- AD) para o tratamento e acompanhamento. Neste local, os sujeitos são acolhidos por uma equipe multiprofissional formada por assistentes sociais, psicólogos, etc. Lá eles almoçam, tomam banho e realizam um tratamento mais humanizado, sem prisões e condições de tratamento subumanas. É importante saber que as pessoas que possuem transtornos frequentam escolas, possuem famílias e responsabilidades. Com o professor Alex tivemos aulas de saúde da criança. Dialogamos sobre as medidas de prevenção, de vigilância em saúde, educação em saúde para esta fase da vida. Dentre os assuntos abordados em sala de aula destaco as doenças sexualmente transmissíveis na gravidez, higiene da saúde bucal dos bebês, crescimento e desenvolvimento das crianças, vacinas, higienização das crianças, importância e benefícios da amamentação, medidas para prevenir acidentes em crianças entre zero a seis meses e de seis meses a um ano. Com estes conteúdos aprendi algumas orientações fundamentais para serem trocadas com a comunidade e o olhar que devo ter ao realizar as visitas domiciliares (VD) à famílias que possuem crianças e nos grupos de educação em saúde. É fundamental na VD olhar o cartão de vacina para verificar se está em dia e orientar, se necessário, a levar a criança para unidade para atualizá-lo e protegê-la. Também é importante olhar para as condições de vida e ambiente onde vive a família. Algumas informações são interessantes quando a mãe se queixa que a criança chora muito: colocar a criança em lugar tranquilo para mamar, orientar a posição para mamar e como mamar, orientar sobre as rachaduras nos mamilos, e sobre a importância da troca de carinho entre a mãe e a criança para que a criança cresça protegida. Diante do exposto, concluo que o CTACS tem me proporcionado maior entendimento sobre o meu trabalho e sobre a função do ACS, contribuindo muito para o desenvolvimento do meu saber no cotidiano das atividades que desenvolvo. A partir do CTACS melhorei o modo de organizar minhas ideias e planejar minha prática profissional, dando outra visão para o meu trabalho. Acredito que todos os ACS deveriam ter o direito de fazer o curso técnico garantido. Ser ACS é respeitar as culturas, religiões, a população como um todo. A minha alegria é que não há alto índice de mortalidade infantil, que os casos de dengue caíram,

que o mosquito não proliferou. Cuidar da comunidade para mim é gratificante. Porque mensageiro da paz? Porque o ACS contribui para que a comunidade sobreviva mais tempo e melhor, na medida em que a ajuda a não se entregar aos problemas. O ACS apoio e troca saberes com a comunidade e os usuários, ajudando-os a continuar na luta e fazer a vida valer a pena. Isto é feito a partir do cuidado de si, transformando os obstáculos (espinhos) em flores, tornando a vida mais bela como diz uma canção de Cartola: “as rosas não falam, simplesmente as rosas exalam”. Ou seja, apesar das dificuldades o povo mangueirense tem orgulho de morar nesta comunidade.

Fórum de Educação Popular em Atenção à Saúde do Trabalhador: construindo a participação popular em saúde

Joyce Gleyze de Araújo Gomes

Fernando Silva Santos

Isabelle Barbosa Nunes

Anne Caroline Ferreira de Freitas

Niedja Cesário Duarte

Dailton A. L. de Lacerda

Rodrigo Mendes

Santo da Terra

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), diversos espaços de participação popular, institucionais ou não, foram surgindo com o objetivo de consolidar e fortalecer essa construção. São cenários qualificados onde a população passa a expor seus pensamentos e reflexões de maneira a influir sobre gestão, atenção e formação em saúde pública, bem como buscar seus direitos e incrementar seu embasamento conceitual, teórico e político nos temas pertinentes ao SUS e sua organização. A Saúde do Trabalhador (ST) aparece como um campo de práticas e saberes que se traduz enquanto política pública vinculada ao SUS, fruto da construção política dos trabalhadores, organizados na defesa da atenção integral ao cuidado à sua saúde. Para qualificar e potencializar a voz dos trabalhadores na reflexão acerca de suas condições de trabalho e a relação com o processo saúde-doença neste campo, assim como, o acesso a assistência e a qualidade de vida dos trabalhadores. Neste contexto, surge o Fórum de Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador, experiência que busca, a partir de diálogos e discussões entre trabalhadores, estudantes, professores e membros de movimentos sociais, dar visibilidade as problemáticas enfrentadas nesse cenário e promover trocas de experiências sobre a saúde, trabalho e cultura no âmbito do Estado da Paraíba, reforçando a participação popular em saúde. Neste espaço estão trabalhadores e líderes comunitários que participam ativamente da construção de políticas públicas em seus territórios. Fundamentam-se, de modo mais forte, as opiniões e as expressões destes atores, especialmente os trabalhadores ligados a movimentos e organizações populares. Promovido desde 2011 o pela atividade de extensão Projeto “Vidas Paralelas”, da UFPB, o Fórum de Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador tinha como eixo central “*O contexto da saúde do trabalhador no Estado da Paraíba: desafios e perspectivas*”. O mesmo abrigou em seus encontros sistemáticos debates sobre temas diversos de importância regional e nacional, como: *Em defesa do SUS: contra a terceirização e privatização dos serviços de saúde na PB; Vivência sobre ST e meio ambiente: em defesa do Açude de Bodocongó de Campina grande-PB. Participação popular e*

ST: debate e construção de documento para intervenção nas conferências de saúde municipal de João Pessoa e estadual da PB; Nesse cenário, diferentes espaços foram promovidos em diversos locais. Foram expostos os desafios que o Estado e algumas cidades vem enfrentando na saúde e na ST. A partir daí, foram formuladas avaliações, propostas e encaminhamentos: “rodas de conversas” sobre ST, elaboração de cartas escritas pelos atores do Fórum e levadas aos espaços de participação popular de saúde (conferências); Este debate agregou uma maior participação popular e uma ampla repercussão à época. O processo de privatização de um dos hospitais mais importantes do Estado da Paraíba foi o mote instigador sobre a terceirização e privatização dos serviços de saúde. O clamor dos movimentos sociais fez com que o Ministério Público do Trabalho questionasse o vínculo de uma empresa privada administrando um serviço e bem público. O contrato está sob *júdice* e espera-se que seja revogado futuramente. ; “A Luta do Trabalhador em Defesa do Meio Ambiente e Suas Condições de Saúde”: Esse espaço ocorreu no açude de Bodocongó situado na cidade de Campina Grande-PB, importante reservatório d’água para a cidade e que tem em seu entorno uma rica biodiversidade de fauna e flora. Infelizmente esse espaço é utilizado há anos para lavagem de caminhões. Foi possível visualizar a situação precária de trabalho dos lavadores de caminhões e o impacto que esta causa na vida dos mesmos e do meio ambiente, pois o açude encontrasse poluído com as substâncias utilizadas nas lavagens (querosene, óleos lubrificantes, etc). Após a vivência com os trabalhadores ocorreu o debate com lideranças da população que residem em comunidades em volta do açude. Foi discutido o que a comunidade está tentando fazer para modificar essa realidade. O principal desafio encontrado na realização desses fóruns foi à dificuldade de participação popular e da gestão, apesar da ampla divulgação dos diversos meios usados na comunicação. Nesta esfera de debate sobre a saúde e saúde do trabalhador, espera-se que a participação popular venha fortalecer a organização dos movimentos sociais numa reflexão crítica e de formação política para a construção da cidadania plena. A perspectiva é que todos os fóruns tenham propósitos, como a criação e encaminhamentos de demandas propositivas e qualificação nos espaços de controle social. A partir desses fóruns percebe-se maior articulação entre diferentes lutas populares pela saúde, na promoção compartilhada e construção de novos conhecimentos entre os participantes, qualificando a intervenção dos atores para exigir seus direitos e identificar problemas, cultivando a esperança de que possam mudar o quadro de dificuldades que enfrentamos na saúde. Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. : il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). PADILHA, W. W. N. (Org.). Relatos e vivências de educação popular. João Pessoa: Idéia; 2007. 134p.

Saúde e educação popular: uma experiência de gestão democrática e participativa

Kelly Cabral Teles

Iran Pessoa dos Santos Júnior

A Educação Popular e Saúde possibilita ampliar espaços de comunicação entre diversos atores e de transformá-lo em espaços de formulação, deliberação e controle das políticas públicas, reconhecendo e acolhendo as demandas da saúde. Esse trabalho tem como objetivo relatar as experiências da gestão democrática e participativa, com interface na educação popular, no município de João Pessoa- PB. Entendemos que a interlocução da educação popular na gestão participativa é importante para ampliar os espaços de comunicação da gestão do SUS e os movimentos sociais, a fim de mobilizar a população para buscar o direito à saúde, qualificar os sujeitos, para tornarem sujeitos críticos e propositivos nos projetos políticos.

A Educação Popular e Saúde possibilita ampliar espaços de comunicação entre diversos atores e de transformá-los em espaços de formulação, deliberação e controle das políticas públicas, reconhecendo e acolhendo as demandas da saúde. As práticas de educação popular e saúde apresentam suas potencialidades para constituição e formação da consciência crítica do cidadão, para a participação e mobilização popular e para a qualificação da participação nos espaços dos Conselhos de Saúde. A gestão participativa implica, ao mesmo tempo, no aprofundamento de processos e mecanismos que ampliem a participação social nas políticas públicas e na constituição de espaços nos quais as diferenças são explicitadas, debatidas e negociadas no sentido da construção de proposições coletivas que incluam as demandas da sociedade. Esse trabalho tem como objetivo entender a experiência da gestão democrática e participativa, com interface na educação popular, no município de João Pessoa- PB. Desde 2005, a gestão municipal de João Pessoa, em específico a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), assumia e trabalhava com o propósito de realizar um mandato popular. Logo percebia que não bastava intenção, mas que era preciso criar estratégias que pudessem ajudar a operar processos e ações concretas de materialização deste propósito. Neste sentido, desde o início, houve um grupo que se articulava em torno da temática e do desejo da participação popular. No entanto, a partir do planejamento anual da SMS, momento intenso de avaliação e reafirmação de convicções, motivado pelo novo ciclo de gestão que estava se iniciando, foi deliberado pela criação de um Grupo de Trabalho (GT) de Participação Popular. O GT de Participação Popular se constituiu como um grupo vinculado à Gerência da Educação na Saúde, formado por atores da gestão pública municipal (representantes dos Distritos Sanitários, da Ouvidoria da Saúde, do Orçamento Democrático, da Secretaria Municipal de Educação...), do Conselho Municipal de Saúde (CMS), das instituições de ensino superior e de organizações populares, que debatem e operam experiências de participação popular. O grupo trabalha com o objetivo principal de elaborar permanentemente estratégias e operar ações

de resgate, fortalecimento e ampliação da participação popular na gestão da saúde. Como objetivos específicos encontram-se estudar sobre o tema participação popular; efetivar um canal de relação entre os diversos segmentos de saúde; apoiar e assessorar o planejamento da SMS, na área da participação popular, e do CMS; desenvolver processos de educação popular, com os diversos segmentos, estimular e apoiar processos organizativos de controle social das políticas públicas de saúde; elaborar material formativo sobre cidadania e participação popular, qualificar conselheiros de saúde e lideranças comunitárias. A atuação do GT de Participação Popular praticamente se concentra em dois focos: ouvidoria da saúde e gestão participativa. A Ouvidoria da Saúde também é compreendida como uma forma de participação popular, tornando-se um canal de diálogo direto entre usuários, gestão e servidores. O GT de Participação Popular pautou a ampliação e fortalecimento da participação local (nos distritos e nas unidades) em saúde. Para isto, tratou, em parceria com o CMS, de dar continuidade à execução do projeto Educação Permanente para o Controle Social, apoiado pelo MS, buscando estudar possibilidades e conhecer experiências de participação local. Entre outras atividades, realizou o “Seminário Conselhos distritais e locais de saúde: concepção e funcionamento”, com painéis sobre “Concepção de participação local em saúde” e “Socialização de experiências de conselhos locais e distritais de saúde”, contando com o relato das experiências de Recife, Fortaleza e Sobral e com as observações do próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS). Participou desse seminário conselheiros de saúde, lideranças das comunidades (orçamento democrático, associações, pastorais, profissionais das unidades de saúde, representantes da gestão e integrante do GT Participação Popular, que debateram propostas e elaboraram uma minuta de resolução que estabelece diretrizes de orientação para a criação de conselhos distritais e locais de saúde que, depois, foi discutida e aprovada no CMS, de João Pessoa, como Resolução 04 de 25 de Fevereiro de 2010. No ano de 2010 começou a se discutir em cada Distrito Sanitário, realizado pelo CMS e apoiado pelo GT de Participação Popular, “fóruns distrital de participação popular em saúde: descentralizando o controle social no SUS JP”, com ampla participação da gestão, trabalhadores e usuários, com o objetivo de debater a Resolução e discutir a possibilidade de desencadear a criação dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS). Como principal produto deste processo de ampliação e fortalecimento da participação popular, podemos destacar a movimentação política de articulação e debates da própria Resolução 04/2010 do CMS. Em março de 2011, diante da necessidade de organização e ampliação do diálogo, a fim de fortalecer e institucionalizar a gestão democrática e participativa foi criado o Núcleo de Apoio à Gestão Participativa – NAGEP, na SMS, pactuando as estratégias da política de saúde do ParticipaSUS, junto ao GT PPOP. Outro movimento de organização foram às criações das Comissões por Distritos com participação do CMS e do GT PPOP a fim de fortalecer esse contexto. Essas comissões junto ao NAGEP estimularam os territórios dos DS através das discussões para o fortalecimento da participação popular local, a fim de implementar os CDS e Conselhos Locais de Saúde (CLS). Esses conselhos têm o papel de descentralizar e qualificar o debate da saúde, aproximando mais da comunidade, a fim de fortalecer o diálogo entre gestão, trabalhadores e movimentos sociais organizados. Portanto, trabalham com a con-

cepção da educação popular transformação dos sujeitos, tendo consciência crítica e autonomia para atuarem na construção e na disputa de projetos políticos construídos de acordo com as necessidades da comunidade. Esta concepção deixa evidente a existência de saberes acumulados pelas vivências desses sujeitos que contemplam as amplas determinações do processo saúde e doença, revelam a potência das pessoas em se solidarizarem, se organizarem e se movimentarem em direção aos enfrentamentos, promovendo estratégias coletivas para o enfrentamento dos problemas e desafios da saúde. Também houve qualificações sobre a temática da participação popular com apoiadores do NASF, com as equipes de saúde e comunidade. O NAGEP juntamente com o GT PPOP organizou dois grandes momentos: as Pré- Conferências de Saúde nos cinco Distritos Sanitários, com uma cobertura de 890 pessoas participando da avaliação do Sistema e da elaboração de propostas para segunda etapa, sendo esta a 6ª Conferência Municipal de Saúde, a qual apresentou o tema **“Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”**, e lema “Todos usam o SUS! Em João Pessoa, todos participam para consolidar o Sistema Único e o direito à saúde”. Os CDS foram implementados no final de 2011, nos cinco Distritos Sanitários- DS. Atualmente, os CDS possuem regimento interno próprio, construído em uma oficina, que reuniu gestão, conselheiros distritais, conselheiros municipais de saúde e GT PPOP. Após esses processos organizativos da participação popular, a gestão identificou a necessidade de se investir na formação e qualificação de conselheiros de saúde, produzindo o projeto: Curso de Qualificação de Conselheiros e Lideranças de Saúde, que irá ser implementado no final deste ano. Esse projeto está sendo desenvolvido com apoio da UFPB, através da participação dos docentes que fazem parte de projetos de extensão popular em saúde, que trabalham diretamente com educação popular. Portanto, o desenvolvimento de ações de educação popular e saúde para o SUS, é de fundamental importância, pois permite a construção de um projeto político de ampliação dos espaços de interlocução entre a gestão do SUS e os movimentos sociais, dispositivo com capacidade de mobilizar a população pelo direito à saúde e pela equidade, estratégia pedagógica constituinte de sujeitos críticos e propositivos com potencialidade para formulação e deliberação de projetos políticos.

Cordel: participação popular na saúde em João Pessoa

Kelly Cabral Teles

Iran Pessoa dos Santos Júnior

A educação Popular é arte também. Para tudo que fazemos nesta vida, nossa memória, nossos sonhos, os desafios, a loucura contribuem. A arte não é diferente. Quando uma pessoa conquista uma história, ela carrega sentimentos, fregmentos em linhas que produa. As formas estão expressando algo. E o que será apresentado neste trabalho de cordel é a experiência da participação popular na gestão da saúde através da vivência nos conselhos distritais e locais de saúde, instâncias de controle social, uma experiência conquistada em João Pessoa.

A educação Popular é arte também. Para tudo que fazemos nesta vida, nossa memória, nossos sonhos, os desafios, a loucura contribuem. A arte não é diferente. Quando uma pessoa conquista uma história, ela carrega sentimentos, fregmentos em linhas que produz. As formas estão expressando algo. E o que será apresentado neste trabalho de cordel é a experiência da participação popular na gestão da saúde através da vivência nos conselhos distritais e locais de saúde, instâncias de controle social, uma experiência conquistada em João Pessoa. A saúde é um direito que o povo conquistou com a luta de quem faz democracia voltou e vale aqui ressaltar que o poder popular resgatou o seu valor. E João Pessoa tomou uma firme posição depois de mil movimentos que resultou em ação reuniões, seminários criou-se o melhor cenário: Povo e participação! Em 25 do 2 do ano 2010 de forma especial com canetas e pincéis se tomou uma atitude e o Conselho de Saúde ampliou mais seus papéis. Em Conselhos Distritais mediante resolução a Saúde em João Pessoa fez uma boa ação e com o melhor que há com mais força popular reforçou o cidadão. Pra melhorar a saúde serão Conselhos Locais os responsáveis parceiros valores especiais na condução do projeto com mais empenho direto o povo agora faz mais. Capaz de poder sentir capaz de poder dizer capaz até de exigir capaz de poder fazer pois a saúde é pro povo e esse projeto é novo e João Pessoa vai ter. Esses Conselhos Locais com ações propositivas tem cadeira para o povo com política decisiva daquilo que necessita pois o povo acredita pela causa que se viva. Em plenárias distritais a regra será bem lida e a escolha do Conselho será votada e regida por membros representantes numa forma confiante libertária e destemida. O Conselho Distrital dotado e constituído com 12 membros eleitos será bem distribuído 3 serão trabalhadores outros 3 serão gestores e mais 6 serão ungidos. Estes 6 serão do povo escolhidos em plenária pra formar esse Conselho de forma paritária e seguidos formalmente pois terão 12 suplentes de forma estatutária. Todas estas lideranças vão propor, articular, executar, refletir, defender, fiscalizar, socializando a saúde tomando toda a atitude que só venha a melhorar... a história continua!

Inserção das religiões de matriz africana no Grupo Hospitalar Conceição

Leda Fernandes Bertamoni
Camila Fernandes Bertamoni

Resumo: Com características de assumir um compromisso com responsabilidade social, o GHC inicia um projeto inovador que traz a primeira experiência participativa para dentro do grupo, onde usuários, funcionários e gestores decidem juntos onde e como aplicar os recursos públicos destinados à instituição. A principal responsabilidade da CEPPIR/GHC é a promoção de uma reflexão em relação ao problema do conceito e da discriminação, buscando a inclusão social e o resgate da verdadeira importância de cada grupo étnico na construção da identidade do país, não excluindo as diversidades culturais, política e religiosas. Lugar de fé e devoção religiosa só pode fazer o bem a todos, os espaços inter-religiosos do GHC são considerados únicos, pois possuem vibrações importantes para cura, já que está em um espaço onde se faz saúde.

O Grupo Hospitalar Conceição, um dos maiores complexos de saúde do sul do país, na primeira década do século XXI completou seu cinquentenário. O Hospital Cristo Redentor foi o primogênito, construído na década de 50 em um bairro operário, construindo *“identidade de um hospital dirigido para o atendimento ao trabalhador foi sendo construída de forma gradual”* (KLEIN, BARROSO, 2006, p. 21). Neste período tinha características de um hospital geral, mas com o passar do tempo, foi vocacionado a traumatologia-ortopedia. O Hospital Nossa Senhora da Conceição nasce como Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição no ano de 1962, com o objetivo de ser uma casa geriátrica. Em 1964, passa a ser hospital geral. Recebeu o nome de Nossa Senhora da Conceição em homenagem a santa ao qual o fundador, senhor Jahyr Boeira era devoto. *“Sua religiosidade começou cedo. Era devoto de Nossa Senhora da Conceição”... “A religiosidade esteve sempre ligada ao ambiente hospitalar”* (KLEIN, BARROSO, 2006, pág.56). O Hospital da Criança Conceição foi inaugurado em 1969, sendo um anexo do Hospital Nossa Senhora da Conceição, prestando atendimento às crianças. A partir de 2010 amplia seu atendimento a adolescentes. O Hospital Fêmea passa a incorporar o grupo no ano de 1972, quando Boeira compra o controle acionário. Já havia desbravado a zona norte da capital, passa a investir em uma área central. Na década de 70, mais precisamente no ano de 1975, o Grupo Hospitalar Conceição sofre intervenção do governo militar do período, passando a ser administrado a nível federal. *“O Geisel decretou passar cem por cento do controle dos hospitais para o governo federal”* (KLEIN, BARROSO, 2006, pág.136). Nos anos 80 é criado o Serviço de Saúde Comunitária, um grupo de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que traz de volta o velho médico de família (generalista – médico geral comunitário), aquele que passa a ver o indivíduo como um todo e tem grande relação com a comunidade. No início do século XXI, com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, ocorre uma decisão política de gestão, transformar o

Grupo Hospitalar Conceição 100% SUS (Sistema Único de Saúde), extinguindo todos os atendimentos conveniados. Traz também a democratização da gestão, assistência humanizada. CEPPIR: No ano de 2003, com a gestão participativa que passa a ser preconizada na instituição é criado o Centro de Resultados Participação Cidadã, que tem como missão propor e desenvolver Políticas Afirmativas de Inclusão Social, fortalecendo a cidadania de trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde. Este Centro de Resultados tem em sua estrutura quatro comissões temáticas, entre elas a CEPPIR: Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, que é um marco neste trabalho, desenvolve ações de implementação no GHC da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Indígena. Essa comissão tem como responsabilidade a promoção de reflexão quando ao problema de preconceito e discriminação, buscando a inclusão social e principalmente, resgatar a importância de cada grupo étnico na construção da identidade brasileira, sempre considerando as diversidades religiosas, culturais e políticas. Resgate histórico, importância dos saberes e fazeres, considerando a educação popular como fonte pura de pesquisa e conhecimento a ser adquirido. A CEPPIR inicia no GHC no ano de 2003, com um pequeno grupo e este passa a conduzir as discussões pertinentes a temática, buscando agregar a este processo usuários e trabalhadores das quatro unidades hospitalares. No ano de 2005 passa a ser institucional, com a assinatura da portaria 88/2005 onde são nomeados os membros da CEPPIR GHC. O ESPAÇO INTER-RELIGIOSO: O Grupo Hospitalar Conceição se formou sob uma égide católica. Seu fundador Jahyr Boeira era devoto de Nossa Senhora da Conceição, a qual foi homenageada através do nome da instituição e capela construída em área central. Nos três hospitais Cristo Redentor, Fêmeina e Nossa Senhora da Conceição, até o início dos anos 2000, existiam capelas católicas e lá era professada de forma exclusiva essa religião. A gestão democrática do GHC transforma esses espaços, que passam a chamar-se Espaço Inter Religioso, onde as demais religiões passam a ter acesso. Quando falamos em acesso, estamos dizendo que estas passam a ter direito a realizar suas práticas com o mesmo espaço que a católica. Inclusive utilizam o mesmo espaço físico, que passa por transformação. No Hospital Cristo Redentor a área passou por reforma, perdendo o aspecto de capela. As simbologias católicas foram removidas, passando o espaço a ser um lugar de reflexão. Este é ocupado pelas diversas religiões, cada qual em dia e horário específico. As diversas religiões discutem sua participação no Fórum Inter Religioso, onde cada uma tem seu representante. Dele fazem parte Assembléia de Deus, Batista, Católica, Espírita e Seicho-No-Ie, dividindo espaço e fiéis. INSERÇÃO DA RELIGIÃO DE MATRIZ AFRICANA: O GHC tem um compromisso de gestão, a integralidade da atenção é um dos principais, pois preconiza acolhimento e humanização. Não podemos acolher e humanizar se não ofertamos atendimento/conforto religioso aos nossos trabalhadores e usuários. No ano de 2008 o AJEUM marca a inserção da religião de Matriz Africana no Espaço Inter Religioso do HCR, uma cerimônia típica da religião. A partir daí, semanalmente um Babalorixá ou uma Yalorixá prestam atendimento/orientação religiosa aos pacientes e trabalhadores praticantes das religiões Afro e Afro Umbandistas. Foi o desfecho de uma longa caminhada iniciada em 2003, quando algumas pessoas passaram a pensar as questões raciais no GHC. Segundo Baba Xandeko de Xangô, um dos fundadores deste espaço, essa cerimônia, traduzindo do Yorubá significa “nós

comendo”, foi ofertada mesa farta aos participantes. Rotineiramente, controla-se o acesso de alimentação as unidades hospitalares devido a dieta prescrita aos pacientes e vetores (formigas, baratas, ratazanas) que possam ocorrer em decorrência destas. Foi inserida com uma grande festa, como um marco, onde os tambores ecoaram nos corredores da instituição, chamando os fiéis a participarem desta. Passa a ser peça chave na instituição, os religiosos são convidados a participar dos eventos científicos (Seminário da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante), religiosos (I,II e III Jornadas Ancestral do GHC), Semanas da Consciência Negra, Fórum Social Mundial em Belém do Pará em 2009 e Novo Hamburgo em 2010. O Fêmia tem a mesma experiência do Cristo Redentor, seu espaço passa por reforma, onde as simbologias católicas são retiradas. Em maio de 2010, com o toque de tambor, dá-se início ao atendimento dos religiosos, que muitas vezes optam por atuar em espaço de lazer existente na instituição, devido ao local destinado não ter a privacidade necessária. O Espaço Inter Religioso do Hospital Nossa Senhora da Conceição não sofreu reformas. É o mesmo da década de sessenta, ou seja, uma capela tipicamente católica, onde ao entrar, depara-se ao fundo com Cristo Crucificado, sacrário e altar. Os bancos são de igreja, com lugar para ajoelhar. A esquerda e a direita obras que retratam a Via Crucis. No altar à esquerda, a imagem de Santo Antônio. Na entrada a esquerda uma imagem de Nossa Senhora da Conceição e a direita uma divisória com treliça para confissão. Janelas com vitrais. Não há adaptação para ocupação de outras religiões. Podemos passar em frente à capela e vemos ocupações simultâneas: enquanto um babalorixá esta em frente ao altar prestando atendimento, um católico está de joelhos rezando, outro está com a mão direita estendida em direção a Nossa senhora da Conceição e um membro da Assembléia de Deus está postado a porta distribuindo mensagens. Fatos como esses não ocorrem nos outros espaços, onde cada religião ocupa em seu tempo determinado. Consideramos que a formatação atual favorece que isso ocorra. O espaço é comum e permite acesso. Como permanece com suas portas abertas garante liberdade de acesso, diferente dos espaços das outras instituições. A Matriz Africana passa a ocupar seu espaço no Hospital Nossa Senhora da Conceição no mês de junho de 2010. Faz seu chamado através do título “As Religiões Afro Umbandistas Ajudando a Promover Saúde no GHC”. Como no outros espaços, esta inserção se deu através de festa. No dia 14 de junho, os religiosos de Matriz Africana entoaram o Hino da Umbanda no Chalé da Cultura, situado no pátio interno do HNSC. A partir daí, sempre as segundas-feiras Babalorixás e Ialorixás prestam atenção religiosa a usuários e trabalhadores da instituição. Postam-se em frente ao altar, sentindo-se a vontade em um espaço destinado a fé e reflexão. Refletir sobre o compromisso firmado por uma instituição pública na erradicação de discriminação e preconceito, sem o distanciamento de sua atividade fim que é a prestação de serviço na área de saúde individual e coletiva. Trazer o acolhimento para realidade, praticar de forma efetiva a diretriz da humanização. Permitir com que as pessoas professem sua fé, sem risco de perseguição, discriminação ou intolerância. Entender que o conforto espiritual faz parte da promoção à saúde e que saberes e fazeres são essenciais no caminho da cura. O GHC busca muito mais que o cumprimento da Legislação, busca uma sociedade construída com base na justiça social, onde as pessoas possam ter direito de fazer suas escolhas, preservando principalmente as diversidades culturais e religiosas.

A interface do apoio institucional com a educação popular em saúde na gestão da atenção básica

Tatiane Ferreira de Jesus
Leticia de Moraes Falleiros

Este trabalho pretende explicitar os fatores em comum entre a Educação Popular em Saúde e o Apoio Institucional desenvolvido pela Diretoria da Atenção Básica do Estado da Bahia, localizando a Educação Popular em Saúde como uma prática inerente ao Apoio Institucional e à democratização do processo de trabalho nas instituições públicas. Assim, a metodologia utilizada é a de Mobilização Coletiva e Individual (MET-MOCI), a qual amplia a percepção de cinco eixos (Organização Político-Social, Sustentabilidade, Educação, Cultura e Saúde) estruturantes para o processo de análise da Educação Popular em Saúde e a interface com o Apoio Institucional. Portanto ao entender que o processo de gestão ainda é muito engessado pelas estruturas das instituições, que o processo de trabalho dos gestores pode ser criativo, pró-ativo e que é importante diminuir a distância entre quem planeja e quem executa, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia vem desenvolvendo a experiência do Apoio Institucional. Dessa forma, ele atua regionalmente nas nove Macrorregiões e 31 microrregiões de saúde, implantando processo longitudinal de gestão. Ao compartilhar esta experiência e refletir sobre sua interface com a Educação Popular em Saúde, busca-se destacar esta última como uma ferramenta para a organização de um trabalho político que proporciona análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de empoderamento da gestão, sendo um dispositivo potencializador para o Apoio Institucional na Diretoria da Atenção Básica na Bahia. O outro resultado está implicado na interface existente entre a Educação Popular em Saúde e o Apoio Institucional, no qual deveria ser inserido nas atividades realizadas por todos Apoiadores Institucionais das regiões de saúde da Bahia.

A gestão da Saúde Pública, no Brasil, nos últimos anos, assumiu um desafio de construir modos de fazer gestão que superem a rigidez da estrutura das instituições públicas, a tendência a neutralizar a individualidade/criatividade dos trabalhadores, e a ação de profissionais implicados (militantes) do SUS que buscam a democratização das instituições e um sistema cada vez mais voltado para os usuários, menos burocrático e mais participativo. Em algumas situações, esse mecanismo de neutralização da individualidade é justificado tanto pelo fato de “estarmos num espaço público”, ou seja, evitar que determinada característica de uma pessoa se destaque num espaço que não é só dela, é de todos (ou de ninguém?). Ora, se trabalhamos para a sociedade, para a coletividade, não devemos incluir, no nosso trabalho, nossas características e nossos desejos individuais? Porque não desenvolver nosso processo criativo dentro do espaço de trabalho? Seria este um privilégio dos trabalhadores da rede privada? No que implica a mudança de uma postura passiva, executora, para uma atitude mais participativa? No campo da Saúde

Coletiva, esse modo de operar, sem autonomia, sem comprometimento, sem responsabilização e sem um toque de criatividade e de inspiração por parte de quem o executa, está perdendo espaço para processos participativos. A gestão da Saúde Pública inclui cuidado, acolhimento, vínculo, ou seja, é necessário que os trabalhadores estejam envolvidos, se identifiquem com o trabalho, tenham propriedade do seu processo de trabalho e estejam implicados no processo. Um destes modelos, na busca pela autonomia dos sujeitos e na diminuição da distância entre quem planeja/elabora e quem executa, foi implantado na DAB/SESAB Diretoria da Atenção Básica/Secretaria Estadual de Saúde) no ano de 2008, trata-se do Apoio Institucional (AI). Desde 2008 a DAB/SESAB, vem desenvolvendo esta ferramenta de gestão a fim de construir relações de maior comprometimento dos trabalhadores com seu processo de trabalho, incluindo a organização do seu cotidiano, até a elaboração de Políticas e o planejamento das ações da Diretoria da Atenção Básica. A organização regionalizada do AI aproxima a gestão do seu território de atuação, permite considerar singularidades de cada espaço, de cada equipe das Diretorias Regionais de Saúde e constrói uma relação dialógica entre gestores da saúde e Apoiares Institucionais, busca a escuta e o vínculo como pontos estratégicos para o desenvolvimento de um trabalho de gestão que visa a maior autonomia dos sujeitos. Neste sentido este ensaio pretende explicitar os fatores em comum entre a Educação Popular em Saúde e o Apoio Institucional desenvolvido pela Diretoria da Atenção Básica do Estado da Bahia, Tendo como objetivo localizar a Educação Popular em Saúde como uma prática inerente ao Apoio Institucional e a democratização do processo de trabalho nas instituições públicas. Assim tanto o Apoio Institucional, quanto a Educação Popular em Saúde fazem interface com o vínculo, a Escuta qualitativa, a co-gestão, método da roda, mediação de conflitos, práticas de intervenção, transformação das práticas, grupalidade, qualificação das ações, estratégia metodológica, problematização da realidade, construção em ato, apoio e acolhimento, ativador de coletivos, analisador de relações de poderes, de significação e afetos, além de promover a autonomia dos sujeitos. Portanto o Apoio Institucional e a Educação Popular em Saúde, localiza-se no “entre” das instituições, no “entre” estabelecimentos, serviços, atenção e gestão, trabalhadores e usuários, no “entre” usuários inseridos nos serviços e usuários que encontramos fora dos espaços institucionais, no território vivo. Para este ensaio a metodologia utilizada é o de Mobilização Coletiva e Individual (MET-MOCI), no qual, esta amplia a percepção de cinco eixos (Organização Político-Social, Sustentabilidade, Educação, Cultura e Saúde) estruturantes para o processo de análise da Educação Popular em Saúde e a interface com o Apoio Institucional. Portanto ao entender que o processo de gestão ainda é muito engessado pelas estruturas das instituições, que o processo de trabalho dos gestores pode ser criativo, pró-ativo e que é importante diminuir a distância entre quem planeja e quem executa, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia vem desenvolvendo a experiência do Apoio Institucional. Dessa forma, ele atua regionalmente nas nove Macrorregiões e 31 microrregiões de saúde, implantando processo longitudinal de gestão. Ao compartilhar esta experiência e refletir sobre sua interface com a Educação Popular em Saúde, busca-se destacar esta última como uma ferramenta para a organização de um trabalho político que proporciona análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoa-

mento das estratégias de empoderamento da gestão, sendo um dispositivo potencializador para o Apoio Institucional na Diretoria da Atenção Básica Bahiana. A Educação Popular pode ser examinada como uma possibilidade veiculada e incentivada tanto pelo Estado como por setores da sociedade civil e outras instituições. Assim sendo, a Educação Popular manifesta-se por meio do insistente desejo de criação de conhecimentos que busquem, em fazer história. Nessa construção da história, o ser humano expõe-se a novos temas e provoca o surgimento de novos valores, sugerindo outras formulações, dando origem a novas atitudes e mudando o seu comportamento. É um trabalho humano que se dá em e pela prática do indivíduo. Desta forma a medida que humaniza a natureza, também naturaliza a sua dimensão de ser humano. Expressa, ainda, a sua verdade, no sentido de que o indivíduo deve sair de si mesmo e modelar a sua própria realidade expressa pelas suas atividades. No entanto esta experiência tem também como resultado a implicação na interface existente entre a Educação Popular em Saúde e o Apoio Institucional e espera-se que estas singularidades/semelhanças deveriam ser inseridos nas atividades realizadas por todos Apoiadores Institucionais das regiões de saúde da Bahia. REFERÊNCIAS: GOES, P.S.A., MOYSES, S.J. (org.). Planejamento, gestão e avaliação em Saúde Bucal. Paulo Sávio Angeiras e Goes e Samuel Jorge Moyses. Gestão Participativa e Controle Social, cap.12. Artes Médicas. ROSAS, A.S, MELO, J.F.N. (Org). Educação popular – enunciados teóricos. Editora Universitária da UFPB, João Pessoa, 2008. FALCÃO, E., ANDRADE, J.M. Metodologia para a Mobilização Coletiva e Individual (MET – MOCI). Editora Universitária/AGEMTE, João Pessoa, 2002. MELO, J.F.N. Extensão Popular. Editora Universitária. João Pessoa, 2006. CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – método da roda. Hucitec, São Paulo, 2000. CAMPOS, G.W.S., DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: Uma metodologia para a gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno Saúde Publica, p 399 -407, Rio de Janeiro, 2007.

Núcleo de cultura, ciência e saúde

Letícia Maria Araújo Oliveira Nunes

Hans Fernando Dohmann

Vitor Pordeus

O modelo biomédico vigente se caracteriza por excesso de especialismo, uso abusivo de fármacos e equipamentos complementares, visão cartesiana, modelos uni-causais de adoecimento, capitalização da saúde e foco na medicina paliativa de sintomas. A fim de catalisar a mudança paradigmática na práxis da saúde pública, o Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro estimula a promoção de saúde, considerando-a como uma aptidão de mente e de corpo atingida por meio da experimentação e do exercício criativo. O objetivo foi descrever as ações realizadas por uma equipe multiprofissional de educadores que trabalham com moradores de favelas cariocas para o desenvolvimento do pensar crítico e da saúde integral. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, cuja base para coleta de dados foi o endereço eletrônico www.nccsrio.blogspot.com. O referido Núcleo é integrado por 40 agentes culturais de saúde, co-ordenados por um médico/ator/imunologista/dramaturgo, além de parceiros da Universidade Popular de Arte e Ciência. São 14 Escolas Populares de Saúde, cujo funcionamento é dialogado entre lideranças comunitárias, moradores e profissionais de saúde durante Rodas de Conversa. Dentre as ações desenvolvidas tem-se: orientação sobre plantas medicinais, reaproveitamento de inservíveis, artesanato, fabricação de sabão com óleo usado, canto como terapia e acompanhamento escolar. Mensalmente, há três anos, são realizadas Celebrações da Saúde e da Cidadania, que agregam entre 2 a 5 mil pessoas em torno do conceito de promoção de saúde. Ratifica-se que todo ser humano é artista e cientista, curioso e criativo. No centro, atores comunitários se apresentam no espaço público, a fim de valorizar e legitimar o saber e o protagonismo populares. Peças são manifestadas pelo Laboratório Tupinagô do Teatro de Revista Científica, que é acompanhado pelo Conjunto Experimental Retreta do Apocalipse. Ao redor do evento principal, há tendas de parcerias para explicar sobre doenças e hábitos saudáveis. Anualmente, realiza-se a Oficina de Imunologia para o Cidadão com o intuito de democratizar os saberes, utilizando as bases teóricas que fundamentam a práxis: biologia do conhecer e da linguagem, de Humberto Maturana; fisiologia conservadora do sistema imune, de Nelson Vaz; pedagogia da autonomia, de Paulo Freire; emoção de lidar de Nise da Silveira; ética de Baruch de Espinosa; poesia de Drummond de Andrade; teatro épico-dialético, de Bertolt Brecht; Tá Na Rua: teatro sem arquitetura, dramaturgia sem literatura e ator sem papel, de Amir Haddad; escola da ponte, de José Pacheco e saúde cultural de Heloísa Helena Costa. Assim, nota-se o envolvimento da comunidade na busca da saúde integral, longe do estresse, tristeza e solidão que aumentam a propensão às doenças. É praticado o conceito holístico de que saúde não é antônimo de doença, que esta é multicausal e coletiva. Sendo assim, contrapõe o modelo biomédico vigente e anuncia a medicina comunitária, horizontal, produzida por todos e com poucos recursos, compondo o inédito viável para promoção da cultura, ciência e saúde.

O modelo biomédico vigente se caracteriza por excesso de especialismo, uso abusivo de fármacos e equipamentos complementares, visão cartesiana, modelos uni-causais de adoecimento, capitalização da saúde e foco na medicina paliativa de sintomas. A fim de catalisar a mudança paradigmática na práxis da saúde pública, o Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro estimula a promoção de saúde, considerando-a como uma aptidão de mente e de corpo atingida por meio da experimentação e do exercício criativo. O objetivo foi descrever as ações realizadas por uma equipe multiprofissional de educadores que trabalham com moradores de favelas cariocas para o desenvolvimento do pensar crítico e da saúde integral. Trata-se de um estudo descritivo, cuja base para coleta de dados foi o endereço eletrônico www.nccsrio.blogspot.com. O referido Núcleo é integrado por 40 agentes culturais de saúde, co-ordenados por um médico/ator/imunologista/dramaturgo, além de parceiros da Universidade Popular de Arte e Ciência. São 14 Escolas Populares de Saúde, cujo funcionamento é dialogado entre lideranças comunitárias, moradores e profissionais de saúde durante Rodas de Conversa. Dentre as ações desenvolvidas tem-se: orientação sobre plantas medicinais, reaproveitamento de inservíveis, artesanato, fabricação de sabão com óleo usado, canto como terapia e acompanhamento escolar. Mensalmente, há três anos, são realizadas Celebrações da Saúde e da Cidadania, que agregam entre 2 a 5 mil pessoas em torno do conceito de promoção de saúde. Ratifica-se que todo ser humano é artista e cientista, curioso e criativo. No centro, atores comunitários se apresentam no espaço público, a fim de valorizar e legitimar o saber e o protagonismo populares. Peças são manifestadas pelo Laboratório Tupinagô do Teatro de Revista Científica, que é acompanhado pelo Conjunto Experimental Retreta do Apocalipse. Ao redor do evento principal, há tendas de parcerias para explicar sobre doenças e hábitos saudáveis. Anualmente, realiza-se a Oficina de Imunologia para o Cidadão com o intuito de democratizar os saberes, utilizando as bases teóricas que fundamentam a práxis: biologia do conhecer e da linguagem, de Humberto Maturana; fisiologia conservadora do sistema imune, de Nelson Vaz; pedagogia da autonomia, de Paulo Freire; emoção de lidar de Nise da Silveira; ética de Baruch de Espinosa; poesia de Drummond de Andrade; teatro épico-dialético, de Bertolt Brecht; Tá Na Rua: teatro sem arquitetura, dramaturgia sem literatura e ator sem papel, de Amir Haddad; escola da ponte, de José Pacheco e saúde cultural de Heloísa Helena Costa. Assim, nota-se o envolvimento da comunidade na busca da saúde integral, longe do estresse, tristeza e solidão que aumentam a propensão às doenças. É praticado o conceito holístico de que saúde não é antônimo de doença, que esta é multicausal e coletiva. Sendo assim, contrapõe o modelo biomédico vigente e anuncia a medicina comunitária, horizontal, produzida por todos e com poucos recursos, compondo o inédito viável para promoção da cultura, ciência e saúde.

Participação popular, movimentos e direito à saúde: um relato de experiência

Luciana Santos Chaves

Alba da Cunha Alves

Arlene Alves

José Carlos da Silva

Larissa Barros

Maria Caputo

Patrícia Dantas

Tiago Parada

A expressão movimento social “sugere temas como o da ação coletiva, das identidades culturais, do direito em função da mudança social e da perspectiva da sociedade como campo em construção” (ADORNO, 1992, p.113). No que tange a luta pelo direito à saúde, a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde(SUS), historicamente, os Movimentos Sociais de base popular tem tido um importante papel. As práticas educativas vivenciadas, por estes movimentos, a partir da educação popular em saúde, contribui para o controle social e a participação popular, ao produzir conhecimento na troca de saberes, na formulação, produção e apresentação de demandas pelo direito à saúde, como também no monitoramento da execução das políticas de saúde e na fiscalização do uso dos recursos aplicados. A partir das ações do MobilizaSUS, percebeu-se a necessidade de fortalecer o diálogo entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e os movimentos sociais para construção de políticas que assegurem os seus direitos à saúde. Em 2010, a partir de reuniões de trabalho entre lideranças dos Movimentos Sociais e o MobilizaSUS, a SESAB/SUPERH/DGTES, elaborou, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA, o Curso Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde, tendo como objetivo central fortalecer a atuação dos movimentos sociais na arena política da saúde, enfocando a participação popular na luta pela saúde enquanto direito. O público-alvo do curso são lideranças, militantes dos movimentos sociais e estudantes do curso do Bacharelado Interdisciplinar (BI) da UFBA. No período de agosto a dezembro de 2010 realizaram-se 02 turmas, em Salvador, participando 60 lideranças dos movimentos sociais tanto do interior da Bahia quanto da capital. O curso é dividido em 05 módulos presenciais e vivências práticas, essas últimas planejadas no momento presencial do curso e articuladas com os conteúdos discutidos, a partir de ações e atividades realizadas pelos militantes dentro da sua realidade local. O componente programático do curso realizou-se através de atividades orientadas por uma construção coletiva, com metodologias participativas que buscam uma reflexão crítica sobre a práxis (ação – reflexão - ação) dos sujeitos coletivos e individuais, articulando teoria e experiência. As atividades orientaram-se

pelos pressupostos da educação popular: o diálogo, participação, valorização da experiência, autonomia e reflexão crítica. A avaliação da experiência realizou-se de forma processual e participativa. Ao final de cada módulo, o participante elaborou uma narrativa relatando sua vivência, os conteúdos apreendidos e a proposta de atividade prático a ser realizada dentro do seu movimento. O resultado desta atividade era apresentado no próximo encontro. Ao término do curso, os participantes apresentaram um produto final - escrito ou oral e exposto a partir de teatro, poesia, cordel, slides, etc. Observa-se que a realização dessa experiência, animada pela educação popular, permitiu provocar os sujeitos enquanto protagonista de suas ações e de suas histórias individuais e coletivas. Possibilitou pensar e construir estratégias para incorporação de demandas e necessidades dos coletivos na agenda do Estado, constituindo-se enquanto espaço potente de debate e reflexão sobre a realidade de saúde e necessidades de saúde dos povos.

A expressão movimento social “sugere temas como o da ação coletiva, das identidades culturais, do direito em função da mudança social e da perspectiva da sociedade como campo em construção” (ADORNO, 1992, p.113). No que tange a luta pelo direito à saúde, a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), historicamente, os Movimentos Sociais de base popular tem tido um importante papel. As práticas educativas vivenciadas, por estes movimentos, a partir da educação popular em saúde, contribuem para o controle social e a participação popular, ao produzir conhecimento na troca de saberes, na formulação, produção e apresentação de demandas pelo direito à saúde, como também no monitoramento da execução das políticas de saúde, e na fiscalização do uso dos recursos aplicados. Melo Neto (2002) compreende a participação popular como participação dos sujeitos no processo de democratização das políticas públicas. Na mesma perspectiva, afirma-se que a educação popular é o pensamento no campo da educação que anima uma formação mais próxima e coerente com os princípios da participação popular, entendida como um processo político, sustentada no diálogo de saberes e da humanização das pessoas (Freire, 2002). Sabe-se que, a sociedade civil adquire uma relevância até então não reconhecida enquanto co-responsável e co-partícipe nos processos de construção de políticas públicas, com a Constituição Federal de 1988, quando os direitos e deveres dos cidadãos foram assegurados. Nesta perspectiva, trabalhar com a educação popular, em saúde, qualifica a relação entre os sujeitos do direito à saúde para a partilha do poder e interferência na gestão pública (BRASIL, 2007). Dessa forma, desde 2007, o grupo de trabalho, composto pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB, através da Superintendência de Recursos Humanos – SUPERH - da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DG- TES, Conselho Estadual de Saúde – CES, Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – CO-SEMS e Secretaria Estadual de Educação – SEC, comprometidos com a democratização do Sistema Único de Saúde, desenvolve processos de educação permanente e educação popular para o fortalecimento do controle social e da participação popular no SUS-BA. Essas ações desenvolvem-se a partir do MOBILIZASUS, experiência que incorpora e valoriza o diálogo com militantes dos Movimentos Sociais de base popular, cujo objetivo é fortalecer a gestão democrática e participativa no SUS. A partir das ações

do MobilizaSUS, percebeu-se a necessidade de estreitar e fortalecer o diálogo entre a SESAB e os movimentos sociais para construção de políticas que assegurem os seus direitos à saúde. Assim, em 2010, após reuniões de trabalho entre lideranças dos Movimentos Sociais e o MOBILIZASUS, a SESAB/SUPERH/DGTES, elaborou, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva – ISC/Universidade Federal da Bahia (UFBA), o Curso “Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde”, tendo como objetivo central fortalecer a atuação dos movimentos sociais na arena política da saúde, enfocando a participação popular na luta pelo direito à saúde. O público-alvo do curso foram lideranças e militantes dos movimentos sociais de diversas regiões da Bahia, e estudantes do curso do Bacharelado Interdisciplinar (BI) da UFBA. Assim, no período de agosto a dezembro de 2010 realizaram-se 02 turmas do curso, em Salvador, com a participação das lideranças dos movimentos sociais tanto do interior da Bahia quanto da capital. O curso foi dividido em 05 módulos (80 horas), com encontros presenciais a cada 15 dias, e vivências práticas (16 horas), essas últimas planejadas no momento presencial do curso e articuladas com os conteúdos discutidos, a partir de ações e atividades realizadas pelos militantes dentro da sua realidade local. O programa do curso foi elaborado a partir de encontros com os movimentos populares, incorporando temas centrais ao debate como: democracia, direito dos povos e educação popular. A programação dos módulos teve desenho flexível, sendo modificada pela dinâmica do grupo e da proposta do animador da roda. Foram abordados os seguintes temas: concepções de Estado, políticas públicas e políticas de saúde; práxis dos movimentos sociais, com enfoque na sua luta e na formação de redes; organização dos serviços de saúde a partir dos modelos e níveis de atenção à saúde, e dos princípios e diretrizes do SUS; controle social; práticas educativas e educação popular em saúde; planejamento em saúde e planejamento participativo e popular em saúde. O componente programático do curso desenvolveu-se através de atividades orientadas na perspectiva da construção coletiva, por meio de metodologias participativas que buscam uma reflexão crítica sobre a práxis (ação – reflexão - ação) dos sujeitos coletivos e individuais, articulando teoria e prática. As atividades orientaram-se pelos pressupostos da educação popular: o diálogo, participação, valorização da experiência, autonomia e reflexão crítica. O desenvolvimento das atividades ocorreu mediante rodas de conversações e exposições dialogadas, leituras compartilhadas, interpretação e produção de textos, trabalhos em grupos, envolvendo música, arte, expressão corporal, práticas de cuidado, dramatização, produção de instrumentos, sistematização, planejamento de atividades de mobilização dos sujeitos coletivos e estratégias de comunicação entre os movimentos. O curso contou com a animação de intelectuais orgânicos da Reforma Sanitária Brasileira do ISC/UFBA e educadores populares que contribuíram na construção de um espaço pedagógico amoroso, acolhedor, solidário, articulando reflexão teórica com experiência de luta no campo democrático e popular. Também ocorreram rodas de diálogo animadas por um historiador em pontos históricos de Salvador, feiras e praças, discutindo a história de luta do povo brasileiro e baiano, relacionando-a à conjuntura atual. A avaliação da experiência realizou-se de forma processual e participativa. Ao final de cada módulo, o participante elaborou uma narrativa relatando sua vivência, os conteúdos apreendidos e a proposta de atividade

prática a ser realizada dentro do seu movimento. O resultado desta atividade era apresentado no próximo encontro. Ao término do curso, os participantes apresentaram um produto final - escrito ou oral e exposto a partir de teatro, poesia, cordel, slides, etc. As atividades práticas versaram sobre: debate pelo direito à saúde dentro dos seus coletivos; ações de educação com a comunidade e com grupos de idosos; debate sobre as condições de saúde em comunidades quilombolas; inserção em Conselhos Municipais de Saúde; construção de blogs; incorporação da educação popular enquanto estratégia de educação e mobilização junto a gestores de saúde e ao ministério público. Essa experiência de educação popular com os movimentos populares, como parte das estratégias do MobilizaSUS constitui-se uma possibilidade de construir diálogos permanentes com os sujeitos coletivos, estimular e fortalecer a atuação dos movimentos sociais na arena política da saúde enquanto direito, e essencialmente como possibilidade de construção de formas coletivas e emancipatórias. As duas turmas contaram com a participação de 60 lideranças de diversos movimentos sociais, da Bahia, como: Movimento de Libertação dos Sem Terra; Movimento Sem Teto da Bahia; Pastoral da Saúde e da Criança; LGBT'T, Saúde Mental; Movimento de Mulheres, Negritude, Quilombolas e Indígenas; Associação de Moradores; Associação de Agentes Comunitários de Saúde e Patologias, e estudantes do Bacharelado Interdisciplinar da UFBA. Através dos instrumentos de avaliação, percebeu-se a ampliação de conhecimentos sobre o SUS e articulações entre os movimentos em torno da luta pela garantia de direitos. As narrativas apresentadas demonstraram uma maior aproximação com o campo da saúde, com seus instrumentos de gestão e planejamento, organização do sistema e o conhecimento dos espaços institucionais de participação e controle social no SUS. *“...os conteúdos dos últimos módulos me fizeram perceber como o planejar é fundamental para o alcance de metas e objetivos estabelecidos no que se refere ao controle social no SUS efetivado pela participação popular... o curso oportunizou uma libertação de diversos sujeitos individuais, o que acarretará na luta dos diversos sujeitos coletivos”* (DEMS). A partir das produções de teatro, poesia, cartazes e slides apareceu nos discursos dos participantes a necessidade de diálogo e de articulação entre os diversos movimentos sociais, apresentando uma percepção de que a luta de um segmento ou de um grupo, é a luta de todas e todos. É possível perceber um movimento de constituição dessa rede entre os sujeitos quando partilham e constroem estratégias coletivas, apoiam e publicam, em suas redes, demandas e agendas de outros coletivos. *“Juntos com o movimento, teremos mais força para vencer a luta. Essa coragem que hoje tenho foi graças ao MobilizaSUS que me despertou, ou seja, me deu uma empurradinha para acordar com a minha realidade. Hoje eu sou e eu posso junto ao movimento”* (JSS). Dessa forma, os encontros com movimentos populares foram capazes de construir debates e reflexões, assim como, produzir polifonias dentro dos coletivos, gerar processos de organização política e mobilização social. Observa-se que a realização dessa experiência, animada pela educação popular, permitiu provocar os sujeitos enquanto protagonista de suas ações e de suas histórias individuais e coletivas. Possibilitou pensar e construir estratégias para incorporação de demandas e necessidades dos coletivos na agenda do Estado, constituindo-se enquanto espaço potente de debate e reflexão sobre a realidade de saúde e necessidades de saúde dos povos. Assim, outras turmas possibilitarão descobrir janelas, vivências e histórias, espaços para reflexão, construção coletiva de estratégias de co-participação, nas políticas de saúde, assegurando o respeito aos valores e às práticas populares. REFE-

RÊNCIAS: ADORNO, R. de C. F. Movimento Social e Participação: A Saúde na Esfera Pública. *Saúde e Sociedade*, v. 1, n. 2, 1992, p. 111 – 124; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.160 p.; FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: 26 ed. Paz e Terra, 2002. MELO NETO, F. Política e Mudança: perspectivas populares. João Pessoa: UFPB, 2002. p. 17 – 100.

Articulando extensão, graduação e pós-graduação em enfermagem através da educação popular e saúde

Magda Guimarães Araújo Faria

Sônia Acioli

Ariane Faleiro Luiz

Patrícia Ferraccioli

Franco K

Tosta A

A educação popular e saúde (EP&S) é uma modalidade pedagógica baseada em preceitos como a problematização, horizontalidade de saberes e compartilhamento de experiências. Apesar da EP&S ser uma proposta efetiva para as atividades de educação em saúde, a transmissão de conhecimentos ainda é a forma mais comum de se realizar atividades educativas na área da saúde. A ausência da análise reflexiva facilita o abandono de novos hábitos tidos como ideais para os profissionais transmissores. É necessário então que os futuros trabalhadores da saúde entendam como realizar tarefas educativas sob a perspectiva da EP&S, de forma a auxiliar não só a incorporação de hábitos saudáveis, mas também a transformação individual e coletiva de toda a população assistida. Diante disso, realizou-se entre os meses de agosto de setembro de 2011, um curso de extensão na Faculdade de Enfermagem da UERJ, intitulado “Enfermagem em saúde pública na perspectiva da educação popular em saúde”, cujo público-alvo foi de graduandos da própria instituição. O curso teve carga horária de 40 horas, divididas entre 20hs de leituras e outras 20hs de encontros presenciais, onde foram abordados temas como: a história da EPS, relação entre teoria e prática da EPS, a enfermagem e a EPS e a aplicabilidade da EPS na saúde pública. Nesta perspectiva configura-se como objetivo deste estudo: descrever a experiência da construção, realização e avaliação do curso intitulado “Enfermagem em saúde pública na perspectiva da educação popular em saúde”. A proposta de construção deste curso deu-se em meio a necessidade de refletir com os alunos de enfermagem, a potencialidade da EP&S como campo de conhecimento e estratégia pedagógica e política, podendo ser incorporada nas atividades por eles construídas ao longo da graduação, sobretudo àquelas voltadas para a atenção primária. Outro elemento motivador foi o intuito de articular estudantes de graduação, extensão e pós-graduação em uma experiência conjunta de formação em EPS. No primeiro encontro buscamos diagnosticar o conhecimento prévio da turma sobre o tema. Além disso, observou-se que diversos alunos apontaram críticas ao modelo de transmissão de conhecimento utilizado nas atividades de educação em saúde. À medida que os encontros aconteciam, os alunos apresentavam maior facilidade em realizar as atividades reflexivas propostas, e também em articular o conteúdo aprendido com as atividades práticas desenvolvidas durante a graduação. Ao final de cada aula foi realizada uma

atividade avaliativa. Estas variaram entre: construção de material artístico como desenhos e recortes/colagens, trabalhos em grupo, dramatizações e debates. Observou-se que ao final do curso os alunos construíram várias estratégias criativas para realizar as atividades educativas nos diversos campos de atuação de suas práticas, assim como nos projetos de extensão de que participam. Concluindo, percebemos que os cursos de extensão são uma excelente estratégia para que estudantes de graduação, pós-graduação e extensionistas, possam entrar em contato com a temática e estabelecer a partir do conteúdo abordado, modificações em sua prática enquanto estudantes e futuros profissionais. E, esperamos que a EPS seja incorporada de modo teórico e prático na formação em saúde.

A educação popular em saúde (EP&S) é uma modalidade pedagógica baseada em preceitos como a problematização, horizontalidade de saberes e compartilhamento de experiências. Para Brandão (2007), a educação popular é um domínio de ideias e práticas, regido pela diferença. O autor acrescenta ainda que a educação popular surge como uma proposta política de trabalho com classes populares através da educação, onde não se pretende estabelecer uma maneira mais avançada no processo de trabalho educativo e sim, “uma retotalização de todo o projeto educativo, desde um ponto de vista popular”. Para Vasconcelos (2004), a educação popular em saúde (EPS) incorpora conceitos de inclusão do coletivo, visando sempre a análise crítica e o aprimoramento de métodos de defesa, estimulando no indivíduo a criação de um novo sujeito social, com conhecimento dos princípios de cidadania e não conformidade às situações apresentadas. Além disso, é uma proposta motivada e orientada pela participação popular. Para Stotz (2007), a educação popular tem sua particularidade no método que utiliza, tendo como ponto pedagógico inicial, o saber das classes populares, considerando suas vivências enquanto indivíduo e participante de um coletivo. A educação popular em saúde é uma expressão clara da articulação entre o saber técnico e o saber empírico. A percepção do profissional não estabelece em momento algum uma relação de dominância sobre o saber do indivíduo, ao contrário, eles se misturam em uma relação homogênea a fim de proporcionar aos dois sujeitos envolvidos, a experiência da qual se originará um ambiente ideal de compartilhamento de idéias. Esse tipo de “fazer saúde” rompe com o modelo de transmissão de conhecimento e enfatiza o caráter subjetivo da interação entre profissional de saúde e indivíduo, auxiliando assim, a construção compartilhada do conhecimento, que segundo Carvalho, Acioli e Stotz (200X) é uma metodologia que considera a experiência pregressa dos sujeitos e tem por objetivo, a conquista de uma maior governabilidade nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas. Apesar da EP&S ser uma proposta efetiva para as atividades de educação em saúde, a transmissão de conhecimentos ainda é a forma mais comum de se realizar atividades educativas na área da saúde. A ausência da análise reflexiva facilita o abandono de novos hábitos tidos como ideais para os profissionais transmissores. É necessário então que os futuros trabalhadores da saúde entendam como realizar tarefas educativas sob a perspectiva da EP&S, de forma a auxiliar não só a incorporação de hábitos saudáveis, mas também a transformação individual e coletiva de toda a população assistida. Diante disso, realizou-

se entre os meses de agosto de setembro de 2011, um curso de extensão na Faculdade de Enfermagem da UERJ, intitulado “Enfermagem em saúde pública na perspectiva da educação popular em saúde”, cujo público-alvo foi de graduandos da própria instituição. O curso teve carga horária de 40 horas, divididas entre 20hs de leituras e outras 20hs de encontros presenciais, onde foram abordados temas como: a história da EPS, relação entre teoria e prática da EPS, a enfermagem e a EPS e a aplicabilidade da EPS na saúde pública. Nesta perspectiva configura-se como objetivo deste estudo: descrever a experiência da construção, realização e avaliação do curso intitulado “Enfermagem em saúde pública na perspectiva da educação popular em saúde”. A proposta de construção deste curso deu-se em meio a necessidade de refletir com os alunos de enfermagem, a potencialidade da EP&S como campo de conhecimento e estratégia pedagógica e política, podendo ser incorporada nas atividades por eles construídas ao longo da graduação, sobretudo àquelas voltadas para a atenção primária. Outro elemento motivador foi o intuito de articular estudantes de graduação, extensão e pós-graduação em uma experiência conjunta de formação em EPS. Ainda no período de divulgação do curso, surpreendemo-nos com o tamanho interesse dos estudantes pelo tema, o que resultou no preenchimento de todas as vinte vagas disponíveis no primeiro dia de inscrição. No primeiro encontro buscamos diagnosticar o conhecimento prévio da turma sobre o tema. Além disso, observou-se que diversos alunos apontaram críticas ao modelo de transmissão de conhecimento utilizado nas atividades de educação em saúde. À medida que os encontros aconteciam, os alunos apresentavam maior facilidade em realizar as atividades reflexivas propostas, e também em articular o conteúdo aprendido com as atividades práticas desenvolvidas durante a graduação. Ao final de cada aula foi realizada uma atividade avaliativa. Estas variaram entre: construção de material artístico como desenhos e recortes/colagens, trabalhos em grupo, dramatizações e debates. Observou-se que ao final do curso os alunos construíram várias estratégias criativas para realizar as atividades educativas nos diversos campos de atuação de suas práticas, assim como nos projetos de extensão de que participam. Concluindo, percebemos que os cursos de extensão são uma excelente estratégia para que estudantes de graduação, pós-graduação e extensionistas, possam entrar em contato com a temática e estabelecer a partir do conteúdo abordado, modificações em sua prática enquanto estudantes e futuros profissionais. E, esperamos que a EPS seja incorporada de modo teórico e prático na formação em saúde. Referências: BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. Editora Brasiliense, São Paulo, 2007. CARVALHO, Maria Alice Pessanha; ACIOLI, Sonia; STOTZ, Eduardo Navarro. **O processo de construção compartilhada do conhecimento**: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular in VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. STOTZ, Eduardo. **Enfoques sobre educação popular e saúde**. In BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília, 2007. VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde*. **Physis**, v.14, n.1, Rio de Janeiro, 2004.

Vivências em educação popular e construção compartilhada do conhecimento na formação acadêmica

Magda Guimarães de Araújo Faria

Sônia Acioli

A educação popular em saúde (EPS) incorpora conceitos de inclusão do coletivo, visando sempre a análise crítica e o aprimoramento de métodos de defesa, estimulando no indivíduo a criação de um novo jeito social, com conhecimento dos princípios de cidadania e não conformidade às situações apresentadas. Além disso, para Vasconcelos (2004) é uma proposta motivada e orientada pela participação popular. Diante disso, este trabalho tem por objetivo: descrever a vivência em EPS e construção compartilhada em uma disciplina de pós-graduação em saúde coletiva relatando algumas das desconstruções sobre as temáticas abordadas em sala de aula. A disciplina possui carga horária de quarenta horas, divididas em treze encontros ocorridos semanalmente às sextas-feiras, durante o primeiro semestre de 2012. Já nos primeiros encontros, delineava-se na turma a posição das populações carentes e marginalizadas nas pesquisas com enfoque em educação popular. Certamente, essa foi a primeira grande desconstrução vivida na disciplina. Paulo Freire (1982) aponta a necessidade de o povo assumir em uma pesquisa, o papel de investigador e não apenas de um mero objeto. A possibilidade de representantes do povo assumirem a postura de investigador foi contemplada também durante a leitura da obra de Johnson (2008). Através do relato romanceado da epidemia de cólera ocorrida na cidade de Londres durante o século XIX foi possível observar o poder investigativo de um homem sem saber científico, porém com vasto conhecimento local no que tange a realidade das famílias e a dinâmica das relações entre indivíduos e meio ambiente. A neutralidade do pesquisador diante da pesquisa a ser realizada também foi um ponto pertinente nas discussões do grupo. É inevitável o envolvimento do pesquisador, entretanto, este deve manter um certo distanciamento para garantir sua imparcialidade na pesquisa. Dessa forma, durante as discussões, duas estratégias foram apontadas como orientadoras desse “envolvimento com certo grau de distanciamento”: 1. a utilização das teorias; 2.a sistematização das experiências através, por exemplo, de um diário de campo. Em um outro momento de desconstrução, deu-se o entendimento de que as classes populares subalternas lançam mão da criação de mecanismos de resistência com base na criatividade para o enfrentamento da violência cultural por eles vivida. Sendo assim, o que aparentemente é um sinal de conformismo e imobilismo, pode ser um sinal de recriação, reinvenção e resistência (MARTINS, 1992). Pontuou-se ainda, as dificuldades dos pesquisadores em compreenderem as falas das classes subalternas. Aponta-se como causas dessa situação: 1. A dificuldade do pesquisador em acreditar que as pessoas “humildes e marginalizadas” são capazes de produzir conhecimento; 2. A dificuldade do pesquisador em entender as peculiaridades de cada classe subalterna (VALLA, 1992). Neste sentido, a disciplina “Educação Popular e Construção Compartilhada do Conhecimento” foi importante para criar e estabelecer relações

entre profissionais de diversos cenários da saúde, permitindo a troca de experiências, o compartilhamento de saberes, e, sobretudo, novas construções sobre as temáticas apresentadas.

Educação popular na formação do Agente Comunitário de Saúde e a democratização do SUS

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Carla Martins

Cristina Massadar Morel

Ingrid D'avilla Freire Pereira

Vera Joana Bornstein

Relato de experiência.

Hoje em dia, aproximadamente 246.000 trabalhadores da saúde são Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2011). Importante componente da equipe de Saúde da Família e responsável pelo contato inicial com a população, este trabalhador não necessita ter o Ensino Médio completo ou qualquer formação profissional específica para se inserir neste trabalho. Do ponto de vista da regulamentação profissional, também se observa um quadro de precarização, marcado pelos múltiplos e flexíveis formatos de contratação. Entre suas atribuições está o trabalho de educação em saúde e a mobilização das comunidades na perspectiva de estimular a participação social e o controle social visando estabelecer alternativas à racionalidade e ao modelo assistencial biomédico, bem como a democratização do processo de institucionalização do SUS, em espacial, da atenção básica no país. É importante notar, entretanto, que, embora a relevância da educação em saúde seja um consenso em todo o mundo, nem sempre esta ação se constitui como espaço de mobilização social, com os objetivos de favorecer o crescimento da reflexão crítica e a autonomia dos sujeitos envolvidos. A maneira de conduzir o trabalho educativo pode, muitas vezes, reforçar o saber científico e o sentimento de desconhecimento e ignorância, o que pode gerar ainda mais dependência da população em relação aos serviços de saúde. A posição de parte dos profissionais de saúde sobre o trabalho educativo é, quase sempre, de se considerar o único detentor de saber e estabelecer relações verticais que pouco oportunizam a troca e a possibilidade de reflexão dos usuários sobre suas condições de vida e saúde. Desse modo, a ênfase das orientações, ou prescrições, fornecidas pelos serviços nem sempre estão centradas no diálogo com os sujeitos e com suas experiências, mas nas normatizações de mudança de hábitos e comportamentos estabelecidos como “saudáveis”. Este não reconhecimento dos sujeitos como capazes de entender e intervir em suas situações de vida e de saúde pode produzir insegurança e submissão à voz dos especialistas, resultando em pouco sentido para o cuidado e para o auto-cuidado, bem como para a participação dos usuários na construção das práticas e das políticas de saúde. Segundo Freire (1970), esta corrente educativa que toma a transmissão do

conhecimento de maneira unilateral pode ser denominada como *educação bancária* e tem implícita a noção de que o educando não tem conhecimentos anteriores e, portanto, deve ser um simples receptáculo dos conhecimentos do educador. Em contraposição, a educação popular parte do princípio que o educando possui um saber prévio, adquirido em sua história de vida, sua prática social e cultural. Este é o ponto de partida para a aquisição de novos conhecimentos. Reconhece a existência de diferentes saberes, entendendo a educação como um processo de busca que inclui a ação e a reflexão do homem sobre o mundo para transformá-lo. Este trabalho se propõe a apresentar a experiência de formação técnica de ACS da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) no Rio de Janeiro - RJ. A proposta do curso tem como base o Referencial Curricular publicado pelos Ministérios da Saúde e da Educação em 2004, compondo um itinerário formativo em três etapas: 1) a construção histórica do trabalho do ACS: políticas públicas, território e *educação em saúde*; 2) Organização da Atenção Básica e a atuação do ACS: o cuidado e *educação em saúde* da família; e 3) Organização da Atenção Básica e a atuação do ACS: o cuidado e *educação na saúde* da família. O currículo do curso tem como eixo central a educação em saúde, olhando para esta através das discussões da educação popular sistematizadas inicialmente por Paulo Freire. O presente relato centra-se exclusivamente na experiência desenvolvida a partir da construção e desenvolvimento do eixo Educação em Saúde, presente nas três etapas formativas deste curso, e tem como propósito ampliar e qualificar o debate sobre a formação e o trabalho dos ACS. O eixo foi construído de maneira a levar os alunos a problematizarem as práticas de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde da família. Entre os seus objetivos estão compreender as bases do trabalho educativo em saúde, com vistas à realização de ações de comunicação e educação em saúde, considerando os princípios de participação ativa da comunidade e a problematização da realidade; refletir e desenvolver estratégias de educação e mediação em saúde; e, reconhecer as relações entre educação, saúde e movimentos sociais. Além disso, as aulas do eixo tem a função de subsidiar o processo de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, que inclui um diagnóstico, com identificação de situações a serem enfrentadas no território de atuação; descrição dos condicionantes e determinantes que as conformam; identificação dos sujeitos sociais envolvidos e análise das relações sociais estabelecidas; identificação e/ou construção de estratégias para o enfrentamento das situações eleitas; e, elaboração do plano de ação educativo. Neste sentido, o eixo Educação em Saúde busca primeiramente ampliar a noção de trabalho educativo mapeando com os alunos como em suas diferentes atividades, quase sempre, se coloca a questão da educação em saúde. Excetuando o trabalho estritamente burocrático, como o lançamento de dados nos Sistemas de Informação nacionais e locais, as diversas ocupações dos agentes envolvem um contato próximo com os usuários e a problematização de suas condições de vida e saúde – o que, evidentemente, deve envolver a educação em saúde. Assim, reflete-se sobre a atuação dos agentes em sala de espera, nos grupos de promoção de saúde, nas visitas domiciliares, na abordagem a moradores nas ruas da comunidade, possibilitando, inclusive construções de novas possibilidades de atuação. A partir daí, discute-se a forma de condução do trabalho, refletindo sobre as diferentes perspectivas de desenvolver as atividades educativas com enfoque especial

para a relação que é desenvolvida com os usuários e seus efeitos enquanto prática de saúde. A educação popular aparece aqui como proposta fundamental na construção de espaços de troca e no fortalecimento dos usuários não só no sentido de entenderem melhor suas condições sanitárias para melhor intervir sobre elas mas também na possibilidade de sentirem-se autorizados a discutir com os trabalhadores tanto as opções terapêuticas quanto o cotidiano e a organização dos serviços e das políticas de saúde. Além dessas questões, discute-se os principais materiais educativos utilizados, fazendo uma análise não só de seu conteúdo, mas também das diferentes maneiras com que estes conteúdos são apresentados. Problematicam-se também os temas abordados nas atividades educativas formais procurando desfocar a compreensão simplista dos ACS sobre os programas de saúde diretamente integrados à ESF, ampliando a possibilidade de debate de assuntos que conformam a situação de saúde das comunidades, como saneamento básico, lixo, ausência de espaços de cultura e lazer etc. Um dos grandes desafios das aulas tem sido exercer uma postura de escuta e acolhimento, respeitando e reconhecendo o enorme conhecimento do campo que os alunos têm sem deixar de problematizar a forma e o desenvolvimento de suas atividades educativas. Várias estratégias foram utilizadas para tanto, desde aulas expositivas até dramatizações e planejamento de atividades para serem desenvolvidas nas comunidades. Os diferentes debates propiciaram análises sobre os efeitos das práticas educativas dos agentes favorecendo a construção de uma visão crítica sobre estas e a compreensão da proposta da educação popular e de sua importância para o fortalecimento da participação social no SUS.

A comunicação social como instrumento de educação para a doação de órgãos

Marina Rotenberg Saraiva

O Brasil é um dos países com maior programa de doação de órgãos do mundo, sendo 90% dos transplantes realizado e financiado pelo Sistema Único de Saúde e tendo uma média de doadores hoje de 9,9 por milhão de habitantes. Entretanto, as filas de espera ainda são muito longas, tendo milhares de pessoas aguardando por um órgão para ter a garantia de uma vida mais saudável. Nesse contexto, falar sobre esse assunto, desmistificar os tabus que a prática envolve e afirmar a importância da doação de órgãos é de extrema relevância para nossa sociedade. O presente trabalho visa analisar as campanhas publicitárias de doação de órgãos do Ministério da Saúde dos anos de 2007 e 2008, a fim de compreender a construção dos discursos, os pontos de convergência e de divergência entre as campanhas e apontar caminhos para uma publicidade cada vez mais democrática, educadora e transformadora.

O Brasil é um dos países com maior programa de doação de órgãos do mundo, sendo 90% dos transplantes realizado e financiado pelo Sistema Único de Saúde –SUS- e tendo uma média de doadores de 9,9 por milhão de habitantes, número próximo a de países desenvolvidos. Se forem somados todos os órgãos passíveis de doação, uma pessoa em morte encefálica pode ajudar até 25 pessoas. Além disso, em 70% dos casos, um paciente transplantado tem uma sobrevida de mais duas décadas e retoma suas atividades físicas e profissionais normalmente, além de recuperar, indiretamente, a saúde mental de familiares e amigos. Portanto, falar sobre o assunto, desmistificar os tabus que a prática envolve e afirmar a importância da doação de órgãos é de extrema relevância para a sociedade. Apesar de ainda precisar percorrer um longo caminho até os índices ideais, o Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplante de órgãos e tecidos do mundo: 555 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas pelo Sistema Nacional de Transplantes. A política Nacional de Transplantes de órgãos e tecidos tem como pontos principais a doação gratuita, a garantia do bem-estar do transplantado, do doador vivo e da família dos doadores já falecidos. A política estabelece também as garantias e os direitos aos pacientes que necessitam do procedimento e regula toda a rede assistencial, através de autorizações de funcionamento de equipes e instituições. Toda a política de transplante está em sintonia com as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que regem o funcionamento do SUS. O SUS financia mais de 95% dos transplantes e subsidia todos os medicamentos para os pacientes, constituindo uma das maiores políticas públicas de transplantes de órgãos do mundo e dando condições para que o Brasil apresente reconhecíveis índices de doação e tenha perspectiva de cada vez apresentar melhores resultados. A busca pela melhoria de resultados deve envolver um esforço contínuo, pois apesar de o país não enfrentar grandes obstáculos à doação de órgãos, visto que todo o processo está regulamentado pelas leis e que o governo

apóia e investe na prática, as filas de espera para a doação ainda são muito longas, sendo compostas por centenas de brasileiros que necessitam de um transplante para ter garantia de uma saúde melhor. Nesse contexto, a desinformação da população sobre o assunto e a conseqüente carência no número de pessoas interessadas em serem doadoras é ainda entrave para a efetivação de transplantes. Além dos esforços do Governo, do Ministério da Saúde, da ABTO (Associação Brasileira de Transplantes de órgãos), do SNT (Sistema Nacional de Transplantes) e de outras instâncias envolvidas no processo de doação no Brasil, a Comunicação Social se coloca também como peça fundamental para a efetivação da ação, diante do potencial que tem de disseminar idéias, criar hábitos, educar para certos comportamentos, motivar a participação e democratizar a informação. Este trabalho tem o objetivo de analisar as campanhas publicitárias de doação de órgãos do Ministério da Saúde dos anos de 2007 e 2008, a fim de entender como a publicidade pode influenciar positivamente para a educação da sociedade sobre a doação de órgãos. O desafio lançado consiste em pensar uma comunicação democrática e transformadora, que preze por uma política transversal e integrada e que abra espaço para a troca entre os setores envolvidos e a população, a fim de mudar pensamentos e comportamentos. Entender o contexto histórico-temporal em que as campanhas se inserem, conhecer o público que se quer atingir e ter acesso a pesquisas consistentes é fundamental para se elaborar um eficiente plano de comunicação, construir uma mensagem coerente e desenvolver mudanças efetivas no setor da saúde e na interação da população com esse setor. Para que a publicidade que visa uma mudança de comportamento da sociedade em relação à saúde seja eficaz, ela deve considerar os aspectos emocionais do ato de doar, mas não pode desconsiderar as questões racionais que promovem a mobilização das pessoas a favor de uma causa social. Para que haja diálogo e a mudança aconteça é importante que o destinatário perceba o discurso como realístico e pertinente, leve em consideração a mensagem que recebe e pense um novo modo de agir. No caso da doação de órgãos, para que haja a negociação entre ouvinte e emissor o conteúdo publicitário deve conter elementos comuns ao universo dos dois e deve ser criado a partir do estudo sobre aquilo que constitui o imaginário do interlocutor a respeito das questões da saúde. Nesse caso, os discursos – e as mídias- serão diferentes de acordo com cada pessoa que se deseja atingir. Além disso, para que um transplante aconteça, o discurso deve ser democrático, tanto no conteúdo, quanto no meio pelo qual é veiculado. Diferentes públicos precisam conhecer e apoiar a doação, portanto a fala deve ser construída diferentemente quando se deseja atingir um futuro doador, a família ou os profissionais de saúde – um dos principais agentes na doação- e as mídias escolhidas devem ser adequadas a cada um desses públicos, principalmente pelo fato de o Brasil ser um país muito grande e diverso, no qual o acesso aos veículos não é igual para todos. Nas campanhas analisadas pudemos perceber o uso de mensagens acolhedoras, que buscaram mergulhar no universo dos receptores. O caráter emocional é importante quando tratamos desse tipo de campanha principalmente por ser uma questão que permeia a morte. Os elementos gráficos, os discursos, os filmes e os slogans foram escolhidos de forma a sensibilizar os públicos-alvo sobre o tema e a evidenciar a importância sentimentos como altruísmo e compaixão. Proposições baseadas na escuta, compreensão e interação com os

públicos são fundamentais para que haja o reconhecimento e a efetiva ação para alcançar os propósitos compartilhados. O estudo visa também confirmar – e lembrar - que a publicidade pode ser um poderoso instrumento para a democratização da informação, educação da população, construção da cidadania e transformação social.

A experiência da Tenda Maria Felipa na 8ª Conferes/Bahia

Patrícia Dantas de Araujo

Tiago Parada

Larissa Barros; Luciana Chaves

Alba Cunha

Carlos Silvan

Guilherme Santiago

Elisabete Ferreira

Elisangela Ramos

Inspirada nas “Tendas Paulo Freire”, que vem sendo organizada pelos coletivos nacionais de Educação Popular em Saúde em vários eventos no Brasil, a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde(DGTES)/SUPERH/SESAB, através do MobilizaSUS, HumanizaSUS e Gestão do Trabalho, organizou a Tenda Maria Felipa na 8ª Conferência Estadual de Saúde na Bahia (CONFERES/BA). Essa proposta nasceu da necessidade de aprofundar e integrar a participação e a educação popular, as práticas populares e culturais de cuidado em saúde e a humanização nas práticas de gestão e de atenção no SUS. Além disso, objetivava oportunizar aos trabalhadores e gestores da saúde, estudantes, representantes de movimentos populares dar visibilidade as suas ações, experimentando de forma diferenciada uma construção do debate político na área da saúde. A Tenda homenageou Maria Felipa, uma referência de resistência e da luta feminina, que representa a cultura e história do povo baiano. Mulher negra, corajosa, trabalhadora, forte, viveu na Bahia no século XIX e teve um importante papel na Guerra pela Independência da Bahia e do Brasil, entre 1822 e 1824, apenas em 2007 entrou no circuito oficial das comemorações do 2 de Julho, como uma das grandes homenageadas pela Independência Baiana. O espaço agregou as ideias-valores de: encontros, mobilização, articulação, cultura, expressão, arte, política, conversas, diálogos, debates, liberdade, construção, patrimônio público e foi norteador pelas práticas de educação popular, enquanto referencial teórico e metodológico potente para a aproximação da concepção do SUS com o povo. Na Tenda, utilizou-se metodologias participativas e problematizadoras, dentro de relações pedagógicas horizontais e dialógicas entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. O espaço foi ocupado pelo Grande Diálogo sobre o sub eixo da 8ª CONFERES “Participação, Controle Social e Incremento à Ação Comunitária”, e foi um dos espaços de debate a aprovação das proposições relacionadas a esse sub eixo. Além disso foi permeada por expressões diversas da arte popular, momentos de trocas sobre educação popular e acolhimento, articulações políticas dos grupos de atores sociais participantes da 8ª CONFERES, além de atividades coletivas de cuidado, como práticas de massoterapia, reiki, alongamento, relaxamento. Algumas rodas de conversa que permearam a Tenda: Educação Popular em Saúde para

o Fortalecimento da Gestão Participativa do SUS; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Rumos para uma Bahia mais Saudável; Humanização no cuidado e na Gestão e Atenção Integral: caminhos para garantir o direito à saúde no SUS; Promoção da Equidade: dialogando sobre a saúde das populações em situação de desigualdade de acesso. Além de delegados e convidados da 8ª CONFERES, protagonizaram as atividades da Tenda artistas populares, poetas, cordelistas, estudantes, terapeutas de Tai-chi-chuan e Qi Gong e diversos representantes de movimentos sociais convocados especificamente para animar e cuidar desse espaço. A Tenda Maria Felipa foi um ambiente de referência para integração, articulação, debate político, acolhimento, cuidados coletivos e individuais, representando assim um avanço na perspectiva do acolhimento e da educação popular em saúde na história das CONFERES na Bahia.

O princípio... Inspirada nas “Tendas Paulo Freire”, que vem sendo organizada pelos coletivos nacionais de Educação Popular em Saúde em vários eventos no Brasil e diante da experiência na Bahia na organização e realização das Tendas Paulo Freire em diversos eventos estaduais (Congresso da Rede Unida em 2009 e Mostra Estadual de Saúde da Família em 2010), a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES)/SUPERH/SESAB, através do MobilizaSUS, HumanizaSUS e Gestão do Trabalho, organizou a Tenda Maria Felipa na 8ª Conferência Estadual de Saúde na Bahia (CONFERES/BA). Essa proposta nasceu da necessidade de aprofundar e integrar a participação e a educação popular, as práticas populares e culturais de cuidado em saúde e a humanização nas práticas de gestão e de atenção no SUS, de forma condizente ao que propunha o temário da Conferência no Estado da Bahia. Além disso, objetivava oportunizar aos trabalhadores e gestores da saúde, estudantes e representantes de movimentos populares dar visibilidade as suas ações, experimentando de forma diferenciada uma construção do debate político na área da saúde. **Maria Felipa: Remando sua canoa... Jogando sua capoeira....** *“Eis que surge, como que em sua canoa a cortar o cais do porto, o nome de Maria Felipa, mulher negra, corajosa, trabalhadora, forte e bela...”*. A Tenda homenageou Maria Felipa, uma referência que representa a cultura e história do povo baiano, referência de resistência e luta feminina. Heroína, ainda que pouco conhecida, Maria Felipa de Oliveira viveu na Bahia no século XIX e teve um importante papel na Guerra da Independência, que ocorreu entre 1822 e 1824, para reafirmar a independência proclamada em 7 de setembro de 1822, até que esta fosse reconhecida por Portugal. Foi uma mulher de muita coragem, reconhecida pela beleza, por porte físico exuberante, habilidade de capoeirista e trabalhadora marisqueira. Liderava as vedetas (vigias) da praia, grupo de 40 mulheres. Conta a história que, numa ação que se utilizou de estratégias de sedução, as vedetas invadiram o acampamento do exército português, atacando os guardas com galhos de cansação e pondo fogo em 42 embarcações. Além de guerreira, também atuou na guerra como enfermeira, socorrendo feridos, além de trazer para a resistência em Itaparica informações da guerra obtidas nas rodas de capoeira do Cais Dourado, para onde ia remando sua canoa. É estudada hoje em Faculdades e Universidades, mas ainda não foi devidamente reconhecida na História da Independência da Bahia. Apenas em 2007, entrou no circuito oficial das comemorações do 2 de Julho, como uma das grandes home-

nageadas pela Independência Baiana. Foi retratada na obra de Ubaldo Osório, “A ilha de Itaparica”, e no romance “Sargento Pedro”, do escritor baiano Xavier Marques, onde são contatos vários feitos atribuídos à capoeirista. **A que nos propomos e desenvolvemos...** A Tenda Maria Felipa agregou as idéias-valores de: encontros, mobilização, acolhimento, articulação, cultura, expressão, arte, política, conversas, diálogos, debates, liberdade, construção, patrimônio público. O espaço foi norteado pelas práticas de educação popular, enquanto referencial teórico e metodológico potente para a aproximação da concepção do SUS com o povo, surgindo da necessidade de um ambiente propício à liberdade de expressão, debate político e produção de cultura. Utilizou-se metodologias participativas e problematizadoras, dentro de relações pedagógicas horizontais e dialógicas entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. O espaço foi ocupado pelo Grande Diálogo sobre o sub-eixo da 8ª CONFERES “Participação, Controle Social e Incremento à Ação Comunitária”, e também foi onde os delegados da CONFERES/BA discutiram e votaram as propostas relativas ao tema para a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Esse debate contou com a participação efetiva dos delegados presentes, democratizando assim o diálogo. Foi escolhido um coletivo paritário (representações gestores, trabalhadores e usuários) a partir da plenária que conduziu os trabalhos de forma ativa, mediando os debates e conflitos existentes durante a expressão e defesa de propostas. Algumas rodas de conversa que permearam a Tenda tiveram as seguintes temáticas: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Rumos para uma Bahia mais Saudável; Promoção da Equidade - dialogando sobre a saúde das populações em situação de desigualdade de acesso; Humanização no cuidado e na Gestão e Atenção Integral - caminhos para garantir o direito à saúde no SUS. Todas as rodas contaram com a participação de convidados específicos de cada temática, movimentos populares e os participantes da 8ª CONFERES/BA, sendo facilitadas pelo(a)s trabalhado(a)s da DGTES. Foram momentos de grandes discussões e reflexões, marcados pela participação ativa dos presentes que discutiram temas específicos. Essas rodas também serviram como espaço de criação e renovação dos vínculos, havendo a proposta de continuidade das discussões, a fim de gerar ações futuras para a melhoria da saúde dessas populações. Além de delegados e convidados da 8ª CONFERES/BA, protagonizaram as atividades da Tenda artistas populares, poetas, cordelistas, estudantes e diversos representantes de movimentos sociais convocados especificamente para animar e cuidar desse espaço. Algumas das diversas expressões da arte popular foram: cordel, cenopoesia, coral, capoeira, dança e teatro. A apresentação do **Grupo de Capoeira de Angola do mestre Curió e com as Ganhadeiras de Itapuã** abriu os trabalhos e manifestações da Tenda, trazendo um pouco da cultura da Bahia também como elemento para reflexão e debate na CONFERES/BA. O grupo do Mestre curió apresentou cantos iniciais e lutas, estando presentes crianças, jovens, adultos e idosos. *“Na luta não é preciso bater, e humilhar é pior que bater.. As mulheres perderam o medo de lutar capoeira, os machistas que se cuidem”*(Mestre Curió). A apresentação teatral **“Os Insênicos” (da AMEA - Associação Metamorfose Ambulante)** traz um debate político sobre a Reforma Psiquiátrica na saúde e como a arte integra e reintegra na sociedade grupos ditos “excluídos” e “marginalizados”. Tema que perpassou outros momentos na Tenda. A apresentação **do Coral da(o)s trabalhadora(e)s da SESAB**

foi outra expressão artística que trouxe uma reflexão sobre a integração da arte e do trabalho como um momento de crescimento e descoberta do(a) trabalhador(a) no ambiente do trabalho, trazendo bem-estar e valorização do(a)s mesmo(a)s. Outras expressões artísticas como a cenopoesia com Ray Lima e de cordelistas (re)conhecidos na CONFERES/BA reafirmam a importância da integração da arte, educação, política e saúde como elementos para reflexão e construção de políticas públicas. *“Desarme-se!... desarmados estamos, a partir do momento em que nos armamos de paixão; quando abraçamos o irmão”*. (Ray Lima). Entendendo que as Práticas de Cuidado fazem parte e integram ações da Política Nacional de Educação Popular em Saúde e que o cuidado também deve fazer parte na construção de políticas públicas no âmbito do SUS, permearam a Tenda práticas de cuidado coletivas, como alongamento, relaxamento, Tai-chi-chuan e Qi-Gong e cuidado individuais, como massoterapia e reiki. Foi ainda realizada uma sistematização piloto, com o apoio da(o)s residentes da Sociedade Hólton que estagiavam na DGTES, que teve como um de seus objetivos o registro das práticas desenvolvidas, sondando a percepção dos participantes da 8ª CONFERES/BA acerca da representação e importância da Tenda Maria Felipa, e do próprio contexto da conferência. Este processo foi importante, pois permitiu um (re)conhecimento das vivências, sua comunicação, bem como proporcionou um feedback das ações realizadas. **Até onde podemos dizer...** Diante dos achados e entrevistas feitas pela equipe de sistematização, foram obtidas informações de um total de 21 participantes da 8ª CONFERES/BA sobre a Tenda Maria Felipa. Estes avaliaram a tenda em sua maioria como importante espaço de construção coletiva em roda de discussão e garantia da defesa do SUS e controle social (18%) e de expressões culturais importantes (20%). Alguns ainda trouxeram a importância em homenagear e valorizar a história da mulher negra e lutadora da Bahia (20%). Outros elogiaram a ambiência da Tenda que traduz a alegria e diversidade da Bahia (12%), bem como traduz um espaço de acolhimento, inovação, liberdade e relaxamento (30%). A Tenda Maria Felipa foi um ambiente de referência para integração, articulação, debate político, acolhimento, cuidados coletivos e individuais, representando assim um avanço na perspectiva do acolhimento e da educação popular em saúde na história das CONFERES na Bahia. Mostrou que é possível o desenvolvimento de processos orientados ética, estética e politicamente pela Educação Popular em Saúde em conferências de saúde e o quanto ao mesmo tempo é desafiador. Trouxe (re)conhecimento das práticas de educação popular em saúde, enquanto mecanismo potente de construção da política pública e como efetivo elemento motivador de transformações e descobertas. *“(...) Ainda que o gesto me doa, não encolho a mão: avanço levando um ramo de sol. Mesmo enrolada de pó, dentro da noite mais fria, a vida que vai comigo é fogo: está sempre acesa”* (Thiago de Mello).

Estratégias de comunicação para a mobilização popular

Pedro Capra

Jacqueline Oliveira Silva

Pedro Ribeiro

Jonas Abreu

Roger Pereira

Roger Rosa dos Santos

Eliseu Bozzetto

Fátima de Oliveira Lima

O grupo PET Conexões Controle e Participação Social em Saúde da UFRGS realiza no bairro Belém Velho, em Porto Alegre, um trabalho interdisciplinar, fundamentado na sociologia das ausências e das emergências proposto por Boa Ventura de Souza Santos. Identificou-se que o bairro Belém Velho é considerado por suas lideranças um lugar “invisível” para a cidade, emergindo como prioridade de trabalho para o PET contribuir para a visibilidade do bairro. Para isso foi criada uma equipe de comunicação popular cuja tarefa consistiu em mapear as formas de comunicação utilizadas pela população e desenvolver estratégias de divulgação das ações realizadas pelo programa e pela associação de moradores do bairro. Este trabalho discute a utilização de três estratégias utilizadas simultaneamente e seus resultados. Utilizou-se de observação participante e entrevistas com lideranças institucionais. O Mapa da comunicação foi construído conforme a proposição de Inesita Araújo. Para testagem das estratégias de comunicação foi escolhida a divulgação uma atividade denominada “Oficina de horta vertical” a ser realizada na praça central do bairro. A partir do mapa da comunicação foram identificados os locais de maior circulação de pessoas e de disseminação de informações. Foram definidas três estratégias de comunicação: cartaz, panfletos e um evento foi criado na rede social *facebook*. O cartaz foi elaborado com a participação de crianças que utilizam o Serviço de Apoio Sócio assistencial na associação de moradores. Após intervirem artisticamente com desenhos e cores os cartazes foram distribuídos nos pontos identificados anteriormente. Os panfletos foram distribuídos nos pontos de circulação e o evento no *facebook* foi disseminado na página de um dos estudantes do PET. No dia em que a oficina foi realizada contamos com a presença de mais de trinta pessoas. Ao longo do evento foi feito um levantamento sobre qual das estratégias de comunicação foi responsável pela presença naquele momento. Como resultado observou-se que mais da metade dos presentes souberam do evento no *facebook* e vieram de diferentes locais da cidade, alguns estavam pela primeira vez no bairro. Os panfletos foram a segunda estratégia mais citada, o cartaz foi a terceira tendo como ponto de referência a “parada de ônibus”. Em relação as estratégias observou-se que a participação das crianças na confecção do cartaz não repercutiu na participação de seus familiares na

oficina. As ações que foram desenvolvidas com interação física ou virtual foram as que surtiram maior efeito. A utilização de estratégias combinadas de comunicação demonstrou que cada uma delas responde a um público específico, sendo o *facebook* a que oferece maior capacidade de mobilização. Esta experiência demonstrou que a interação é fundamental no processo de comunicação, mesmo que virtualmente realizada. O *facebook* apresentou-se nesta experiência como uma ferramenta potencializadora do processo de dar visibilidade ao Belém Velho no que tange a cidade de Porto Alegre, porém sem repercussão entre os moradores locais. Estes responderam melhor as estratégias presenciais de interação, demonstrando que o contato direto ainda é a melhor estratégia de comunicação para fins de mobilização popular.

1. O grupo PET Conexões Controle e Participação Social em Saúde da UFRGS realiza no bairro Belém Velho, em Porto Alegre, um trabalho interdisciplinar, fundamentado na sociologia das ausências e das emergências proposto por Boa Ventura de Souza Santos. Identificou-se que o bairro Belém Velho é considerado por suas lideranças um lugar “invisível” para a cidade, emergindo como prioridade de trabalho para o PET contribuir para a visibilidade do bairro. Para isso foi criada uma equipe de comunicação popular cuja tarefa consistiu em mapear as formas de comunicação utilizadas pela população e desenvolver estratégias de divulgação das ações realizadas pelo programa e pela associação de moradores do bairro. Este trabalho discute a utilização de três estratégias utilizadas simultaneamente: um evento no facebook cujos principais convidados foram a rede de contatos de um dos alunos do PET envolvido em ações políticas e culturais; cartazes confeccionados com a ajuda de crianças da comunidade inscritas no programa SASE da ASCOBEV; e a distribuição de panfletos em pontos chave na circulação de informações no bairro. Utilizou-se de observação participante com o objetivo de reconhecer os principais pontos de circulação de informações e entrevistas com lideranças institucionais com o mesmo objetivo. Entre os locais observados está a parada de ônibus, a Associação Comunitária do Belém Velho, o Posto de Saúde Nossa Sra. do Belém Velho, o mercado Belém Velho, a igreja Nossa Sra. do Belém Velho, e o Instituto São Benedito. As lideranças entrevistadas foram a presidente da Associação Comunitária, a irmã que administra a igreja e o instituto São Benedito, e o radialista da Rádio Comunitária Belém Velho. Os resultados encontrados quanto as três estratégias demonstraram a importância de construção do mapa de comunicação local de forma metódica e ordenada. 2. O Mapa da comunicação foi construído conforme a proposição de Inesita Araújo. Esta argumenta que os discursos, mesmo pessoais, vêm carregados de significados contrastantes que são influenciados pelo contexto no qual cada interlocutor está inserido, o contexto confere a cada interlocutor poder simbólico de tornar seu discurso mais mobilizador que outros, portanto, a comunicação se torna um espaço de disputa, e para ser democrática ela não deve funcionar de forma que silencie as vozes dos cidadãos e sim de forma a entender e argumentar sua razão dando a estes condição de disputa no espaço do discurso, neste espaço a função do comunicador é garantir às lideranças comunitárias condições materiais e técnicas de realizar suas ideias e ativar suas redes de influências para que se possa criar um imaginário a respeito de determinado assunto, e a partir deste

suscitar a mobilização social, aqui entendida como cada interlocutor ajudando na elaboração da forma de solucionar um problema e não apenas como um peão tático que é movido pela grande mão da comunicação unilateral impositora que tem como função silenciar os discursos. A autora também apresenta o modelo de uma matriz que busca sistematizar o espaço e as relações entre interlocutores como um mercado onde o discurso é o produto, e o valor está no poder simbólico que é conferido pelo contexto ao interlocutor, este tem seu poder simbólico aumentado ou diminuído em relação às trocas que faz no mercado simbólicos da comunicação, tornando as trocas necessariamente desiguais já que alguns têm mais poder simbólico que outros, o que torna os mais poderosos centrais em relação aos que tem menos poder, mas ainda sim há a tendência de os que estão na periferia ir ao centro e os que estão no centro se perpetuar dessa forma. De acordo com a autora a compreensão dessas relações é fundamental para obter sucesso na estratégia de comunicação utilizada para causar mobilização social. Para testagem das estratégias de comunicação foi escolhida a divulgação uma atividade denominada "Oficina de horta vertical" a ser realizada na praça central do bairro.

3. A construção do mapa permitiu reconhecer que: No mercado Belém Velho do dia primeiro ao dia dez o movimento é três vezes maior do que do dia dez ao vinte oito, e o horário de maior movimento é o das 17h às 20h. O público está dividido em 25% idosos, 20% crianças, e 30% mulheres adultas e 25% homens adultos (total de 55% de adultos). Na parada de ônibus em um dia de semana, das 5h às 7h, circulam pelo menos mil e 500 pessoas, em um dia o número deve atingir uma média de quatro mil. O posto de saúde atende três mil 146 pessoas (935 famílias ou casas), e mais 500 alunos da Escola Pacheco através do programa Saúde na Escola. Na igreja há três anos a missa é realizada aos sábados às 18h e conta em média com 60 pessoas, na sua maioria mulheres com mais de 40 anos. A construção do mapa portanto indicou que as estratégias de mobilização por via comunicacional precisam ser feitas conforme as dinâmicas locais, de certa forma mais importantes do que o tipo de meio utilizado.

4. A prática realizada antes da construção do mapa se deu com a identificação dos locais de maior circulação de pessoas e de disseminação de informações, sem regularidade e método o que contribuiu na compreensão da importância do mapa da rede de comunicação para o trabalho popular. Nossa caminhada foi sendo construída espontaneamente a partir das interações que iam ocorrendo em campo. Desta forma cada uma das três estratégias desenvolveu particularidades. O cartaz foi elaborado com a participação de crianças que utilizam o Serviço de Apoio Sócio Assistencial na associação de moradores. Após intervirem artisticamente com desenhos e cores os cartazes foram distribuídos nos pontos identificados anteriormente. Os panfletos foram distribuídos nos pontos de "maior circulação" de pessoas, e o evento no facebook foi disseminado inicialmente na página de um dos estudantes do PET ligado a movimentos da juventude e atividades culturais. No dia em que a oficina foi realizada contamos com a presença de cerca de quarenta pessoas, dentre elas: crianças, jovens, adultos maduros, velhos, casais e indivíduos desacompanhados. Ao longo do evento foi feito um levantamento sobre qual das estratégias de comunicação foi responsável pela mobilização dos presentes. Como resultado observou-se que mais da metade deles souberam da oficina pelo facebook e vieram de diferentes locais da cidade, alguns estavam pela primeira vez no Belém Velho. Os

panfletos foram a segunda estratégia mais citada pelos participantes, o cartaz foi a terceira tendo como ponto de referência a “parada de ônibus”. Em relação as estratégias observou-se que a participação das crianças na confecção do cartaz não repercutiu na mobilização de seus familiares para a oficina. As ações que foram desenvolvidas com interação física ou virtual foram as que surtiram maior efeito. 5. Concluiu-se que cada uma das estratégias de comunicação responde a um público específico. Esta experiência demonstrou que a interação é fundamental no processo de comunicação, mesmo que virtualmente realizada. O facebook apresentou-se como uma ferramenta potencializadora do processo de dar visibilidade ao Belém Velho no que tange a cidade de Porto Alegre, porém sem repercussão entre os moradores locais. Estes responderam melhor as estratégias presenciais de interação, demonstrando que o contato direto ainda é a melhor estratégia de comunicação para fins de mobilização popular no âmbito local. A construção do mapa permitirá na próxima atividade identificar o potencial de mobilização de cada uma das estratégias utilizadas, dado que indica características dos sujeitos que compõem os fluxos comunicacionais e identifica as dinâmicas de interação da população com espaços de comunicação. **Referências:** ARAÚJO, Inesita. **Mapa da comunicação.** <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/100/postudo.html> (acessado em 10/09/2012). ARAÚJO, Inesita. **Mercado Simbólico:** um modelo de comunicação para políticas públicas, Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.b, n14, p165-77, ser.2003-fev.2004. ARAÚJO, Inesita. **Razão Polifônica:** a negociação de sentidos na intervenção social. *Perspect. ciênc. inf.*, Belo Horizonte, n. especial, p. 46-57, jul./dez. 2003. SANTOS, Boaventura S. **Sociologia das Ausências.** *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, Outubro 2002: 237-280

Ensinar: muito mais que conhecimentos...: experiência pessoal da disciplina de Educação Popular em Saúde Ensp/Fiocruz

Talita Leite Ladeira

Este trabalho partiu do relatório final de avaliação discente da disciplina de Educação Popular e Construção Compartilhada do Conhecimento em Saúde (ENSP/Fiocruz), em 2012, onde compartilho o que para mim foi uma construção no contexto mais ampliado que se possa pensar. Recém chegada ao Rio, me interessei pela disciplina com o intuito de alimentar minha sede de conhecimento à cerca das discussões em saúde pública e aprimorar na preparação para o mestrado. Muitas mudanças, muitos questionamentos, muitas inquietações! Por não conhecer praticamente ninguém, me via perdida em relação aos meus interesses e direcionamentos profissionais. Senti-me privilegiada por fazer parte do grupo, mas, por outro lado, afirmo que ingressei sentindo-me pequena e aquém de todas as experiências relatadas pelos outros demais alunos. Em meio à mestres e doutores, eu me percebia limitada. Vieram os seminários. No momento da escolha dos temas, novamente a insegurança. Os textos e autores eram desconhecidos para mim e, rapidamente, todos os colegas elencavam seus interesses e eu, ali, sem saber o que escolher. Na verdade o texto me escolheu e certamente foi uma feliz escolha, já que me senti muito à vontade ao falar sobre o testemunho de um trabalho de campo. Tudo fez sentido para mim, pois a realidade é próxima, já que venho do interior de Minas e tenho raízes camponesas. Como dizia Valla, essa oportunidade me remeteu a idéia de como sistematizamos nossos conhecimentos a partir das vivências individuais. Com o passar das aulas fui encontrando-me, encontrando minha motivação, sonhos e objetivos e sentindo-me agradavelmente motivada ao vivenciar essa experiência de forma a interferir até na minha visão sobre a cidade, sobre estar e viver aqui. É notório como a disciplina modificou meus dias, rotinas e desejos. Aos poucos, eu retomava minha felicidade ao adquirir novos conhecimentos e ao me sentir parte de um contexto, um desejado contexto. Vinham as confirmações de que eu estava no caminho certo e que vale a pena correr atrás desse sonho da docência. Cresci profissionalmente, mas acima de tudo, pessoalmente. A disciplina significou para mim, muito mais que conteúdos, mas sim, um “divisor de águas”. Consegui me encontrar nos temas estudados e delinear minha intencionalidade de pesquisa. As discussões ao longo das aulas vieram de encontro às minhas crenças de que ainda precisamos rever nossos conceitos para modificar e melhorar a forma como fazemos ciência e promovemos saúde. Assim, quero colocar a importância pessoal, não científica, mas, humana, da disciplina como ampliação das relações sociais, da autonomia, da participação social e melhora da auto-estima. Eu poderia restringir às considerações acadêmicas e científicas, mas para mim transcende esse campo de acúmulo de conhecimentos e perpassa pelo pessoal, humano e social. Enfim, vejo a disciplina como fonte norteadora da minha construção ampliada. Referência: VALLA, Victor Vincent. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. Educação e Realidade, n. 21, p. 177-190, 1996.

Este trabalho partiu do relatório final de avaliação discente da disciplina de Educação Popular e Construção Compartilhada do Conhecimento em Saúde (ENSP/Fiocruz), em 2012, onde compartilho o que para mim foi uma construção no contexto mais ampliado que se possa pensar. Recém chegada ao Rio, me interessei pela disciplina com o intuito de alimentar minha sede de conhecimento à cerca das discussões em saúde pública e aprimorar na preparação para o mestrado. Muitas mudanças, muitos questionamentos, muitas inquietações! Por não conhecer praticamente ninguém, me via perdida em relação aos meus interesses e direcionamentos profissionais. Senti-me privilegiada por fazer parte do grupo, mas, por outro lado, afirmo que ingressei sentindo-me pequena e aquém de todas as experiências relatadas pelos demais alunos. Em meio à mestres e doutores, eu me percebia limitada. Vieram os seminários. No momento da escolha dos temas, novamente a insegurança. Os textos e autores eram desconhecidos para mim e, rapidamente, todos os colegas alencavam seus interesses e eu, ali, sem saber o que escolher. Na verdade o texto me escolheu e certamente foi uma feliz escolha, já que me senti muito à vontade ao falar sobre o testemunho de um trabalho de campo. Tudo fez sentido para mim, pois a realidade é próxima, já que venho do interior de Minas e tenho raízes camponesas. Como dizia Valla, essa oportunidade me remeteu a idéia de como sistematizamos nossos conhecimentos a partir das vivências individuais. Com o passar das aulas fui encontrando-me, encontrando minha motivação, sonhos e objetivos e sentindo-me agradavelmente motivada ao vivenciar essa experiência de forma a interferir até na minha visão sobre a cidade, sobre estar e viver aqui. É notório como a disciplina modificou meus dias, rotinas e desejos. Aos poucos, eu retomava minha felicidade ao adquirir novos conhecimentos e ao me sentir parte de um contexto, um desejado contexto. Vinham as confirmações de que eu estava no caminho certo e que vale a pena correr atrás desse sonho da docência. Cresci profissionalmente, mas acima de tudo, pessoalmente. A disciplina significou para mim, muito mais que conteúdos, mas sim, um “divisor de águas”. Consegui me encontrar nos temas estudados e delinear minha intencionalidade de pesquisa. As discussões ao longo das aulas vieram de encontro às minhas crenças de que ainda precisamos rever nossos conceitos para modificar e melhorar a forma como fazemos ciência e promovemos saúde. Assim, quero colocar a importância pessoal, não científica, mas, humana, da disciplina como ampliação das relações sociais, da autonomia, da participação social e melhora da auto-estima. Eu poderia restringir às considerações acadêmicas e científicas, mas para mim transcende esse campo de acúmulo de conhecimentos e perpassa pelo pessoal, humano e social. Enfim, vejo a disciplina como fonte norteadora da minha construção ampliada. Referência: Valla, Victor Vincent. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. Educação e Realidade, n. 21, p. 177-190, 1996.

Que cuidado queremos? A Construção Compartilhada de Conhecimento no Cenário da Formação

Talita Leite Ladeira

Trata-se de uma experiência de construção compartilhada de conhecimento elaborada durante o primeiro dia de prática na disciplina de Fisioterapia Uro-Gineco-Obstétrica da FacFisio/UFJF, no HU/UFJF. Realizamos uma dinâmica de grupo objetivando estimular a percepção a cerca da integralidade do sujeito, da visão ampliada em saúde e quebrar os paradigmas impostos pelas especialidades da ciência. Participaram 13 alunas que cursavam a disciplina, no 8º período de Fisioterapia, em 2011. Dividiram-se em 3 grupos e o material utilizado foi papel e caneta. Escrevemos separadamente em papéis, as palavras Incontinência Urinária (IU), Sexualidade, Mama, Gravidez e fixamos no mural. As palavras se relacionavam com o público alvo do cuidado nessa área de atuação, que seriam: pacientes que sofrem de incontinência urinária, de distúrbios sexuais, mulheres mastectomizadas e gestantes. Tal correlação ficou implícita. Em seguida, pedimos que descrevessem duas palavras que traduzissem cada uma em destaque. Para IU escolheram: incômodo (duas), mau cheiro, vergonha, molhado, fraudada. Sobre sexualidade: desejo, sexo (duas), prazer, amor, carnal. Em relação à mama, destacaram: beleza, sexualidade, amamentar, filho, feminilidade e estética. Já a gravidez representou: realização, vida (duas), felicidade, bebê e parto. Partimos da problematização da realidade para construir a imagem ampliada de quem poderiam ser nossos pacientes no ambulatório. Assim, indagamos sobre o que seria sexualidade para um paciente com IU? E para uma mulher que retirou suas mamas? Bem provável que o contexto de sexualidade imaginado por elas, não seja compartilhado pelas pacientes, que muitas vezes desenvolvem distúrbios, negligenciam o sexo por conta da IU, da diminuição de auto-estima, pela mama que não existe mais ou, mesmo, por conta do contexto afetivo, quando o marido já não se interessa por ela. E se pensarmos no sexo como carnal, como ter prazer e ser feliz se existe uma impotência, por exemplo, com nossos pacientes que passaram pela prostatectomia? Em relação à mama, todas as palavras nos remetiam a feminilidade e à função. E se essa mulher não tiver a mama, quais os sentimentos presentes ali? Como será que ela vai chegar para o tratamento? Vendo a gravidez como realização e felicidade, corremos o risco de não compreendermos a paciente que se encontra revoltada com a gestação, onde, em pormenores, vemos que não foi aceita pelos pais e namorado, já não consegue estudar e por isso diversas vezes pode chegar ao aborto. Com a problematização conversamos sobre qual o cuidado que queremos. Um cuidado centrado na doença ou uma visão ampliada do ser humano? É extremamente importante a sensibilidade de perceber o outro, em todas as suas dimensões e assim, não correr o risco de “coisificar”, de tratar o que acha que é a doença para o outro. O contexto é muito maior. Tais proposições trouxeram reflexões positivas. As alunas se viram surpresas com tudo o que foi exposto. Percebemos através de relatos, como elas ingressam no campo prático pensando apenas em competências específicas e o quanto sentiam-se motivadas em desenvolver esse “novo” olhar e compreensão.

Trata-se de uma experiência de construção compartilhada de conhecimento elaborada durante o primeiro dia de prática na disciplina de Fisioterapia Uro-Gineco-Obstétrica da FacFisio/UFJF, no HU/UFJF. Realizamos uma dinâmica de grupo objetivando estimular a percepção a cerca da integralidade do sujeito, da visão ampliada em saúde e quebrar os paradigmas impostos pelas especialidades da ciência. Participaram 13 alunas que cursavam a disciplina, no 8º período de Fisioterapia, em 2011. Dividiram-se em 3 grupos e o material utilizado foi papel e caneta. Escrevemos separadamente em papéis, as palavras Incontinência Urinária (IU), Sexualidade, Mama, Gravidez e fixamos no mural. As palavras se relacionavam com o público alvo do cuidado nessa área de atuação, que seriam: pacientes que sofrem de incontinência urinária, de distúrbios sexuais, mulheres mastectomizadas e gestantes. Tal correlação ficou implícita. Em seguida, pedimos que descrevessem duas palavras que traduzissem cada uma em destaque. Para IU escolheram: incômodo (duas), mau cheiro, vergonha, molhado, fraudada. Sobre sexualidade: desejo, sexo (duas), prazer, amor, carnal. Em relação à mama, destacaram: beleza, sexualidade, amamentar, filho, feminilidade e estética. Já a gravidez representou: realização, vida (duas), felicidade, bebê e parto. Partimos da problematização da realidade para construir a imagem ampliada de quem poderiam ser nossos pacientes no ambulatório. Assim, indagamos sobre o que seria sexualidade para um paciente com IU? E para uma mulher que retirou suas mamas? Bem provável que o contexto de sexualidade imaginado por elas, não seja compartilhado pelas pacientes, que muitas vezes desenvolvem distúrbios, negligenciam o sexo por conta da IU, da diminuição de auto-estima, pela mama que não existe mais ou, mesmo, por conta do contexto afetivo, quando o marido já não se interessa por ela. E se pensarmos no sexo como carnal, como ter prazer e ser feliz se existe uma impotência, por exemplo, com nossos pacientes que passaram pela prostatectomia? Em relação à mama, todas as palavras nos remetiam a feminilidade e à função. E se essa mulher não tiver a mama, quais os sentimentos presentes ali? Como será que ela vai chegar para o tratamento? Vendo a gravidez como realização e felicidade, corremos o risco de não compreendermos a paciente que se encontra revoltada com a gestação, onde, em pormenores, vemos que não foi aceita pelos pais e namorado, já não consegue estudar e por isso diversas vezes pode chegar ao aborto. Com a problematização conversamos sobre qual o cuidado que queremos. Um cuidado centrado na doença ou uma visão ampliada do ser humano? É extremamente importante a sensibilidade de perceber o outro, em todas as suas dimensões e assim, não correr o risco de “coisificar”, de tratar o que acha que é a doença para o outro. O contexto é muito maior. Tais proposições trouxeram reflexões positivas. As alunas se viram surpresas com tudo o que foi exposto. Percebemos através de relatos, como elas ingressam no campo prático pensando apenas em competências específicas e o quanto se sentiam motivadas em desenvolver esse “novo” olhar e compreensão.



V ENCONTRO
NACIONAL
DE EDUCAÇÃO
POPULAR
E SAÚDE

RODA DE CONVERSAS

Diálogo entre práticas populares e as práticas profissionais de cuidado à saúde

Kátia Suelly Queiroz Silva Ribeiro

Muitos profissionais de saúde têm lidado com as iniciativas populares de cuidado à saúde de forma preconceituosa e desrespeitosa. Alguns destes agem de forma condescendente, não desqualificando abertamente, mas sem conferir qualquer valor ao saber popular. Independente da postura dos profissionais, as pessoas seguem utilizando seus saberes e práticas para cuidar da saúde, muitas vezes desconsiderando as orientações e prescrições dos profissionais numa atitude de resistência utilizando, como afirma Valla (1998), a duplicidade, o afirmar e o negar, o obedecer e o desobedecer. Esvai-se, assim, a possibilidade de um diálogo capaz de ampliar as possibilidades de cuidado com a saúde.

Com a implantação da estratégia de saúde da família o encontro ou o confronto entre as práticas de cuidado populares e dos profissionais passa a ser mais presente e mais visível, a depender de como se estabelece a relação entre esses saberes. Em princípio, os serviços básicos de saúde representam um espaço propício ao diálogo entre as práticas populares e as práticas dos trabalhadores, pela proximidade e potencial envolvimento dos profissionais com a comunidade e pelo conhecimento do território em todas as suas dimensões. No entanto, esses profissionais, em geral, são oriundos de classes sociais mais abastadas e, muitas vezes, têm dificuldade em superar os conceitos e valores próprios da sua classe social, analisando as atitudes e valores das pessoas das classes populares a partir dos seus valores e de sua formação escolarizada. Ademais, refletem nas suas ações os efeitos de uma educação classista e preconceituosa (VALLA, 1998).

Essas observações nos levam a questionar como esse diálogo se processa no cotidiano dos serviços de saúde. Muitos profissionais desses serviços constataam a importância que as práticas populares têm na vida das pessoas usuárias do serviço e reconhecem a contribuição que elas têm no cuidado à saúde. Sentem a necessidade de construir novas bases para essa relação e buscam na educação popular orientações para o trabalho no cotidiano desses serviços, visando transformar suas práticas.

A educação popular tem como um dos seus pressupostos a valorização e a incorporação do saber popular. Gadotti (1998) assinala que um dos princípios originários da Educação Popular tem sido a criação de uma nova epistemologia, baseada no profundo respeito pelo senso comum, tratando de descobrir a teoria presente na prática popular, problematizando-a, incorporando-lhe um raciocínio mais rigoroso, científico e unitário.

Nesse sentido, a relação entre o saber técnico e o saber popular não pode acontecer de forma unidirecional, vertical e autoritária, mas de forma horizontal, bidirecional e participativa, permitindo que ambos se ampliem. O diálogo, enquanto princípio fundante da educação popular, traz implícitos importantes constituintes dessa práxis, a partir dos quais se estabelece, e com base nos quais se faz diálogo

verdadeiro. É assim que ao diálogo subjaz a concepção de respeito ao saber do outro, à diversidade; a compreensão de que o educador também se educa ao educar; a crença na capacidade dos seres humanos em “ser mais”; o compromisso com a libertação da condição de opressão (FREIRE, 1978). O diálogo remete à ideia de participação e representa um locus de desenvolvimento de uma consciência solidária.

A integração entre saber científico e saber popular possibilita a construção compartilhada de soluções e amplia as possibilidades de cuidado à saúde. Estratégias de cuidado valiosas têm resultado dessa integração. Nessas experiências, o diálogo com esses saberes de experiência feitos como diz Freire (2003) tem se dado, mas cabe refletir até que ponto as práticas e soluções são incorporadas pelos profissionais de saúde. O saber popular não pode ser apenas um ponto de partida para o diálogo, em um contexto em que o profissional toma esse saber como algo a ser superado. É evidente que também existem equívocos no saber popular, mas o diálogo entre as práticas populares e profissionais precisa ter um caráter de complementaridade, onde ambos se completam, em um encontro de saberes distintos, mas complementares, possibilitando a construção de soluções coletivas, mais adequadas ao contexto e às necessidades dos sujeitos envolvidos.

Faz-se necessário ao profissional que se propõe a assumir a educação popular como orientadora de suas ações, estar atento às armadilhas da nossa incoerência humana. Fazer educação em saúde nessa perspectiva é um processo de reformulação de conceitos e de reorientação de prática, e como tal, surgem, em alguns momentos, incoerências que são próprias desse aprendizado, de fazer e pensar de modo tão diferente do ao que tradicionalmente foi aprendido, fruto de diferentes concepções intelectuais e experiências de vida. Essas incoerências se acentuam ou se reduzem na medida em que conseguimos superar o preconceito em relação aos sujeitos subalternos. A postura de abertura ao diálogo, como encontro dos seres humanos mediatizados pelo mundo (FREIRE, 1978), precisa ser mantida em todos os instantes da convivência, bem como nos momentos de reflexão acerca do que é vivenciado.

Cabe refletirmos até que ponto estamos conscientes das incoerências possivelmente presentes nas nossas ações. Será que efetivamente incorporamos as práticas populares às nossas ações de cuidado à saúde? Como lidamos com as situações em que as nossas orientações entram em conflito com os saberes e crenças populares, em um contexto em que há risco à vida? Como discernir até onde deve ir nossa ação respeitando o limite, o saber, as crenças das pessoas?

Outro aspecto a ser questionado nesse diálogo diz respeito à perspectiva das pessoas das classes populares. Para que esse diálogo seja verdadeiro encontro e troca de saberes e experiências é preciso que as partes que dialogam estejam dispostas ao exercício concreto de aceitar o risco de que o seu ponto de vista não prevaleça (MELO NETO, 2001). Como elas dialogam com práticas que se contrapõem às suas tradições culturais?

Aqui estão postas algumas questões que podem contribuir com o debate acerca do diálogo entre as práticas populares e profissionais de cuidado com a saúde.

REFERÊNCIAS

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. 10 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

GADOTTI, Moacir. Para chegar lá juntos e em tempo: caminhos e significados da educação popular em diferentes contextos. **Anais eletrônicos da 21ª Reunião Anual da ANPED**, CAXAMBU, 1998.

MELO NETO, José Francisco de. Educação Popular – uma ontologia. In: SCOCUGLIA, Afonso C; MELO NETO, José Francisco de (orgs.). **Educação Popular – outros caminhos**. João Pessoa: Editora Universitária – UFPB, 2001. p. 31-74.

VALLA, Victor. V. Apoio Social e Saúde – buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, Marisa V. (org.). **Educação Popular hoje**. São Paulo: Edições Loyola, 1998. p. 151-179.

Práticas populares e seus praticantes na formação profissional em Saúde

Maria Waldenez de Oliveira
Rede de Educação Popular e Saúde
Universidade Federal de São Carlos - SP

No enfrentamento de situações adversas, entre elas a doença, as pessoas buscam apoio tanto nos profissionais de saúde como nos agentes de práticas populares de saúde. As pessoas que buscam soluções também na cultura popular não vêem uma oposição entre esses sistemas, vêem complementaridade. Na sua avaliação, as práticas populares têm algo que as práticas do serviço não oferecem e vice-versa. Suas escolhas advêm de suas visões acerca do ser humano e dos significados que suas experiências de vida vão dando aos processos de adoecimento, de cura, ao que é saúde, doença.

Disponibilizar-se para o entendimento desse modo de enfrentar a doença pode significar uma escuta mais acolhedora pelo(a) profissional de saúde e uma atenção à saúde mais integral, dialogada com os modos que cada um encontra para construir sua saúde. Para isto é necessário que docentes, estudantes e profissionais se aproximem das práticas populares de saúde com a intenção de compreendê-las pois, em geral, estes conhecimentos não fazem parte da sua formação. São poucas pesquisas que analisam o conhecimento dos profissionais de saúde sobre práticas populares, ou mesmo a inserção dessas práticas nos currículos dos cursos na área de saúde. Mas aquelas que temos acesso já são suficientes para nos apontarem um cenário preocupante: o conhecimento dessas terapias se dá pelo senso comum, há pouca ou nenhuma discussão sobre elas na sala de aula, avalia-se as práticas populares tendo-se a medicina biomédica como referência, algumas “incorporações” de práticas populares por profissionais de saúde distorcendo-se referências tradicionais. Por outro lado vemos, em alguns contextos, que estudantes querem e procuram saber mais, que docentes e profissionais aproximam-se de práticas como o uso de plantas medicinais.

Por razões diversas essas práticas são invisíveis nos currículos oficiais nos cursos de formação profissional em saúde. Podemos levantar alguns motivos para isso: a que cultura erudita, preponderante nessas escolas, aliada ao cientificismo e a biomedicina preponderantes, por sua vez, na formação e a atuação profissional em saúde, percebem a cultura popular e suas práticas de saúde como algo exótico, folclórico, advindas de uma tradição oral e, portanto, sem conseqüências comprovadas na cura. Às vezes, avaliam que são inócuas, outras vezes avaliam que têm conseqüências perniciosas, especialmente em relação à afastarem os indivíduos do sistema de saúde e portanto, do conhecimento biomédico, prejudicando assim, o processo “correto” de cura. Além dessa questão cultural, há também uma questão de classe, pois como nos alertava Valla, para muitas pessoas da classe média, os saberes acumulados historicamente entre os pobres das periferias, dos campos, dos quilombos, das florestas, dos rios etc advêm de crenças e

da sua ignorância dos saberes escolares, baseados nos saberes científicos, biomédicos. Todos esses fatores juntos, presentes na formação profissional em saúde, têm uma grande força para construir um muro que coloca de um lado os saberes populares e do outro os aprendidos na escola, muitas vezes este lançando fogo contra aquele.

Em São Carlos desenvolvemos um trabalho, desde 2006, que parte da seguinte questão: *como incluir as práticas populares de saúde na formação dos profissionais de saúde promovidas pelas escolas, universidades, cursos técnicos?* Nosso desafio é trazer nossa contribuição ao enfraquecimento desse muro, fragilizar argumentos e raciocínios cientificistas e biomédicos, tijolo por tijolo ir abrindo brechas por onde essas culturas conversassem. E, mais que isso, construir com os profissionais de saúde propostas concretas e possíveis de serem implementadas a curto, médio e longo prazo, para que essa conversa chegasse ao serviço de saúde. Estabelecemos, na coerência com o que até aqui foi dito, um pressuposto político, teórico e metodológico vital para o projeto: esta ação seria pautada pelo respeito às dinâmicas próprias dessas práticas populares, de quem as exerce e de quem a elas recorre.

Nessa coerência, primeiramente fizemos um levantamento para localizar as práticas e seus praticantes, a partir de avaliações e indicações da comunidade. Esses praticantes, referendados pela comunidade da região onde era feito o levantamento, foram convidados a participarem de um curso de formação profissional em Saúde.

Dividimos a cidade de São Carlos em regiões, e até o momento fizemos o levantamento em 3 regiões. São feitas entrevistas com agentes comunitários da Estratégia de Saúde da Família e com frequentadores de Centro Comunitário da região (em média 60 pessoas). Na primeira região identificou-se 23 práticas populares, sendo o benzimento a mais conhecida, seguida por erveiros e raizeiros, farmácia, igrejas, centros espíritas e massagista. Na segunda região foram citadas 22 práticas, sendo elas em ordem decrescente: Igreja Católica, Farmácia, Igrejas Pentecostais e Neo-pentecostais, Centro Espírita, outras igrejas, benzedeira, homeopatia, terreiros, massagista e acupuntura, erva, terapia comunitária e raizeira. Na terceira região foram mencionadas 90 práticas, sendo a igreja católica a mais citada, seguida da Igreja Pentecostal ou Neopentecostal, com destaque para a Igreja Assembléia de Deus, farmácia/farmacêutico, benzimento Centro Espírita, terreiros, ervas, catolicismo popular, yoga, parteira, massagistas, acupuntura, homeopatia, raizeira.

O levantamento em cada região foi feito num período de tempo específico. Possivelmente outras práticas poderão ser encontradas nas regiões e outras poderão não mais estar lá. Não é nossa pretensão que este levantamento seja completo ou mesmo um guia para a localização das práticas. Nossa intenção é mostrar a procura e a diversidade de tais práticas e com base nesse levantamento construir um curso de formação profissional onde essas práticas fossem apresentadas por seus praticantes, analisadas, e se refletisse com os participantes sobre os caminhos para propiciar o diálogo entre essas práticas e as do serviço.

Elaboramos, de forma participativa, um Curso de extensão “Práticas Populares de Saúde”, com 28 horas de duração. Após apresentação do referencial teórico, são apresentadas 6 práticas populares

pelos(as) praticantes de São Carlos, cada uma delas intercalada com encontros para aprofundamento e análise das práticas. Discute-se, ao final, sugestões para o diálogo com essas práticas. Práticas apresentadas no curso: benzimento, massagem, uso de ervas medicinais, práticas religiosas, entre outras. Vimos oferecendo o curso desde 2007, e temos tido como alunos: docentes, profissionais e alunos das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina, Psicologia, Gerontologia, Nutrição, Ciências Sociais, Ciências Biológicas, Serviço Social e Educação Física. O curso colaborou para ampliação das visões e compreensões dos participantes acerca das práticas populares colocando-as na horizontalidade com as práticas biomédicas, na direção de que aquelas tem também suas racionalidades, as quais são apenas diferentes, mas não menores ou menos qualificadas. Propiciou, ao final do curso, a construção de alternativas para o diálogo com essas práticas nos serviços de saúde e outros espaços onde os estudantes atuam.

O desafio de construir o diálogo entre o conhecimento popular e outros conhecimentos é um desafio que está posto há 500 anos, pelo menos, para as culturas originárias da América Latina, o qual a colonialidade ainda se mantém fortemente presente. Tínhamos claro que o projeto fazia parte de um trabalho permanentemente em construção, contra a discriminação, a intolerância, o racismo, etc...

Trata-se de uma experiência nova, até onde tivemos oportunidade de perceber em nossas revisões bibliográficas, bem como nos eventos que temos participado, pois articula levantamento sistematizado de práticas populares –referenciadas pela população usuária de tais práticas – com formação profissional, esta realizada com os praticantes e com auxílio de material (catálogo) com dados organizados a partir da realidade da cidade.

Este foi só um exemplo. Há outras possibilidades que podemos pensar em nível local, mas o importante é permitir o conhecimento dessas práticas, para que estudantes e profissionais ampliem suas visões e compreensões de ser humano e de mundo, complexificando e aprimorando suas práticas de cuidado às pessoas e comunidades e movimentem-se em direção ao diálogo com práticas populares de saúde na sua atuação profissional.

Diálogo entre práticas populares e formação e práticas profissionais de cuidado à saúde

Coordenação: Sonia Acioli

*GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO
Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

Nessa roda vamos problematizar, refletir, e tocar experiências sobre a possibilidade e a potencialidade do diálogo entre práticas populares e formação e, práticas profissionais de cuidado à saúde.

A perspectiva da educação popular e saúde pressupõe a não hierarquização de saberes e mais do que isso, o reconhecimento de que os saberes popular e científico podem, juntos, construir outras formas de conhecimento e de práticas de cuidado. Isso pressupõe a não oposição entre senso comum e ciência.

As pessoas, em geral, ao vivenciar os seus processos de adoecimento escolhem caminhos diferentes para buscar a cura, o cuidado e modos de lidar e enfrentar a doença. Nessas escolhas, utilizam formas de sabedoria prática que, em geral, não são reconhecidas nos espaços de formação e de prática profissional no cuidado à saúde.

É como se existisse uma linha invisível que separa as formas de conhecer e lidar com a doença e o sofrimento. As práticas institucionalizadas são consideradas “verdadeiras” e as populares não. Portanto, é importante tentar superar essa barreira ideológica e histórica, pois isoladas ambas as formas de conhecimento tornam-se limitadas.

Neste sentido, as práticas de saúde são construídas através de múltiplos fatores que estão relacionados à interiorização de normas e valores presentes na cultura. São práticas orientadas por uma gama de influências; institucionais, familiares, referentes ao grupo social de que fazem parte e ainda dialogam com os sucessos e fracassos da biomedicina, enquanto modelo hegemônico. Dessa forma, possuem vários sentidos, que misturam elementos da biomedicina, de outras racionalidades médicas e da chamada medicina tradicional ou popular. Podem ser percebidas como maneiras de fazer, que implicam estratégias e táticas de pessoas e grupos desenvolvidas em determinados contextos, no sentido de superação dos limites que definem suas práticas. Há, portanto, uma combinação entre as práticas ou maneiras de fazer, e elementos presentes nos contextos da vida cotidiana das pessoas e do lugar que ocupam nos grupos sociais e profissionais em que se inserem.

As formas de pensar e fazer Educação Popular e Saúde são um elemento importante na construção de práticas de cuidado que partam do olhar do(s) sujeito(s) e possam ajudar aos espaços institucionalizados, tanto de formação quanto de prática profissional na área do cuidado à saúde, a rever suas práticas e tentar construir aberturas para a escuta e do diálogo.

Isto implica o desenvolvimento de práticas que reconheçam as experiências populares e a existência de uma sabedoria prática, ressaltando que os saberes não devem ser hierarquizados, para que possamos reorientar o “olhar técnico”, quando necessário, e estabelecer possibilidades de ‘experiências de conhecimentos’ ou seja, o estabelecimento de diálogos possíveis entre diferentes formas de conhecimento.

Nesse sentido, podemos pensar em desenvolver práticas de cuidado na perspectiva da Educação Popular e Saúde em qualquer espaço de atuação na área da saúde, tanto assistencial quanto de formação. Podemos pensar em formas de descongelar as instituições e criar espaços que facilitem o diálogo e a troca de experiências e saberes entre profissionais de saúde e população, incorporando outros modos de fazer às práticas profissionais.

Esses caminhos pressupõem a possibilidade de processos de construção compartilhada do conhecimento, em experiências que se baseiem no respeito às diferenças e na potencialidade do diálogo entre diferentes, considerando os contextos e as histórias das pessoas e grupos. A expressão construção compartilhada do conhecimento tem sido incorporada por educadores e pesquisadores da área da saúde e educação pois do mesmo modo, expressa a possibilidade de que os saberes científicos e populares, enquanto saberes desiguais podem ser partilhados, e compor outros saberes que passam a existir, modificados e realimentados a partir dessa mistura.

Não existem profissionais de saúde integrais ou serviços de saúde integrais; no entanto, a forma como as pessoas vivem seus problemas é integral. A concretização de ações de cuidado à saúde integrais implica manter canais de interação entre serviços, profissionais e população.

Mas como manter esses canais se os serviços são organizados sem destinar tempo para a conversa, para a convivência? Se alguns problemas de formação na área de saúde, apesar dos grandes esforços, se mantêm? Se os serviços públicos de saúde sofrem com a difícil tarefa de “manter” o Sistema Único de Saúde vivo? Como se veem nesse contexto, os grupos populares que desenvolvem essas práticas?

No meio dessas e de tantas outras contradições tentamos manter a chama acesa e pensar que é possível pensar e fazer diferente as práticas de cuidado à saúde.

Pensamos que é possível valorizar práticas de cuidado à saúde, desenvolvidas pelos profissionais, e também valorizar as práticas desenvolvidas pela população. Esse movimento de mão dupla se faz necessário, para que as trajetórias dos sujeitos, suas estratégias e táticas de cuidado e cura possam ganhar sentido junto à lógica das práticas de saúde dominantes.

Pensamos que para desenvolver práticas de atenção integral à saúde faz-se necessário construir uma aproximação integral também entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados. Essa aproximação passa pelo reconhecimento dos saberes práticos e de uma possibilidade de articulação entre esses saberes práticos e os saberes dos profissionais e planejadores do campo da saúde.

Portanto, a partir do diálogo entre os participantes dessa roda estaremos refletindo sobre esses e outros aspectos que estão presentes na relação entre práticas populares e profissionais. Os debatedores, e cada um que venha participar dessa roda, poderão trazer dúvidas, questionamentos e exemplos de como

fazer esse diálogo. Podem ser vivências de práticas populares, diagnósticos participativos, aprendizados com grupos populares, vivências a partir de experiências de extensão universitária, de pesquisa e muitas outras...

Não existem receitas, mas há que existir a disposição de ouvir e compreender o outro, ainda que o que o outro diga pareça muito diferente do cotidiano a que se está acostumado.

ALGUMAS REFERENCIAS:

ACIOLI, Sonia. Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública.

Rev. Enferm. UERJ: v. 14, n. 1, p. 21-26, 2006.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha, ACIOLI, Sonia & STOTZ, Eduardo Navarro. O Processo de Construção Compartilhada do Conhecimento. Uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec, p. 101-114, 2001.

DAVID, H.M.S.L.; ACIOLI, S. **Mudanças na formação e no trabalho da enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde.** Rev. Bras. Enferm., Brasília: v. 63, n.1, jan/fev, 2010, p.127-31.

SANTOS, Boaventura de Souza. O resgate da epistemologia In: SANTOS, Boaventura de Souza & MENEZES, Maria Paula (orgs). **Epistemologias do sul.** São Paulo: Cortez, p.261-290, 2010.

VALLA, VV. **As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle da dengue.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. Sup. V, n. 17, p. 77-88, 2001.

Trabalho e construção de saberes: “O ACS é do serviço para a comunidade, ou da comunidade para o serviço?”

Helena Maria Scherlowski Leal David – Coordenadora da Roda

A pergunta que está no título desta reflexão foi, e tem sido feita por uma enfermeira, ex agente comunitária de saúde no Rio de Janeiro, atualmente mestranda, que segue pensando sobre o trabalho do ACS, a partir de sua própria vivência e também como coordenadora de equipes na Estratégia Saúde da Família:

O ACS é do serviço para a comunidade, ou da comunidade para o serviço?”

Parece uma pergunta fácil de responder. Mas a forma como tem sido desenvolvido o processo de trabalho e a gestão do trabalho do ACS lançam muitas dúvidas sobre a identidade deste profissional, e sobre seu papel na mediação de saberes.

O trabalho, cuja ação se desenrola em todo o tempo e em todo lugar, é uma atividade inerente à história humana. Apesar de historicamente associado à necessidade de sobrevivência, pode representar fonte de vida, de riqueza e de (auto)realização humana. Através dele, são conquistados, desenvolvidos e manifestados, além da satisfação das necessidades materiais de sobrevivência, também os desejos, as criações, o prazer e as realizações.

Entretanto, sob o capitalismo, as relações de trabalho, fortemente segmentadas e precarizadas, são marcadas pela árdua labuta física e mental, pelas ações repetitivas, extensas jornadas, riscos, ambientes desfavoráveis para a saúde, entre outras condições que caracterizam o trabalho explorado. Também o trabalho do ACS tem sido afetado pelos modos de acumulação, que por sua vez determinam modos específicos de organizar e gerir o trabalho de saúde. Sendo o trabalhador de trajetória mais recente, menor escolaridade, e identidade profissional em construção, dentro da equipe na Atenção Básica, o trabalho do ACS reflete sua posição social, seu papel mediador, os conflitos e contradições que permeiam as relações entre sujeitos, e produz saberes que nem sempre são valorizados.

Esta Roda de Conversa tem como objetivo lançar luz sobre os diversos modos de produzir conhecimento que o ACS tece no seu trabalho, como mediador entre os serviços e a comunidade, e traz para a discussão questões para debater seu papel como educador popular, e como educando também, nos processos de educação no e para o trabalho orientados pelos princípios da Educação Popular e Saúde.

O Agente Comunitário de Saúde na mediação de saberes

Tereza Ramos

Ex-Presidente da Confederação Nacional dos ACS e ACS de Recife, PE

O Agente Comunitário de Saúde tem sua origem nas comunidades organizadas sendo participantes ativo das mesmas, no seio dessas organizações aprendemos que não se pode ter saúde sem ter moradia saneamento emprego salário educação acesso aos serviços informações e conhecimentos.

Não é possível controlar, por exemplo, a hipertensão quando não se pode dormir bem por estar preocupado com seu sustento no dia seguinte, ou vigiando a barreira ao lado de sua casa com medo de ser soterrado por deslizamento. Aprendemos com as pessoas de mais idade a cultivar uma horta comunitária, fazer chás, lambedor, xaropes, uma alimentação saudável, utilizando pouco recursos, inclusive aproveitando alimentos que normalmente mandamos para o lixo. Aprendemos a respeitar as parteiras e benzedeadoras. Aprendemos que podemos e devemos ser sujeitos de nossa própria história além de salvar nossa cultura e liberdade de expressão.

A partir da década de 90, inseridos no serviço público e sob a imposição do saber acadêmico, nos limitamos a executar tarefas para cuidar da doença em detrimento das ações organizadas de educação e promoção para uma vida saudável. O ingresso desses trabalhadores no serviço é de relevante importância, mas faltou se incluir também o seu conhecimento, com o qual com certeza teríamos avançado muito mais na melhora da qualidade de vida das pessoas.

Não tenho dúvida do potencial dos ACS na mediação dos dois saberes. O grande desafio que se apresenta é como explorar esse potencial tendo em vista a resistência do saber acadêmico, ao qual os ACS estão diretamente ligados e submissos, e cada dia mais se afastando da educação popular em saúde, sua origem, sua cultura. Um exemplo concreto disso é o Programa de Melhoria na qualidade do atendimento do MS, já implantado em vários municípios, onde se exige produção.

Eu não consigo entender produção com qualidade quando se trata com pessoas, a produção e qualidade dá certo dentro da indústria; gente não é tecido nem peça de eletrodoméstico ou de carro.

Acredito na possibilidade de uma mobilização no sentido de sensibilizar os diversos segmentos da sociedade civil organizada, os gestores e escolas de saúde públicas, só assim conseguiremos explorar o potencial dos ACS na mediação dos dois saberes com sucesso.

– Aqueles que acha que determinada coisa não pode ser feita, saiam da frente para os que acreditam possam fazer, realizar e comemorar!

Agentes comunitários de saúde na mediação de saberes

Vera Joana Bornstein

Hoje em dia, aproximadamente 246.000 trabalhadores da saúde são Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2011). Importante componente da equipe de Saúde da Família, responsável pelo contato inicial com a população e considerado o *elo* entre o serviço de saúde e a comunidade. Ao mesmo tempo, de acordo com o Anexo I da Portaria nº 648 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as atividades educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade estão entre as atribuições específicas do ACS. A dimensão educativa assume uma centralidade no trabalho do agente comunitário, sobretudo ao considerar o foco na promoção da saúde e também na prevenção de agravos.

Nesta Roda de Conversa procurarei problematizar a forma como este *elo* ou *mediação* é realizada pelo agente comunitário de saúde, considerando não existir uma forma única de posicionar-se frente aos dois polos a serem mediados.

A Saúde da Família é apresentada pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. Um dos sentidos da reorientação proposta busca passar de um modelo de atenção centrado na doença e na sua cura para um modelo onde a centralidade se dê na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Fica evidente, portanto, a necessidade da ênfase das ações e serviços de saúde nos determinantes e condicionantes dos problemas de saúde assim como nas situações de risco encontradas no território. Carmem Teixeira (2006, p. 29) chama a atenção à complexidade de um processo de mudança do modelo de atenção à saúde que exige um conjunto heterogêneo de iniciativas “macro” sistêmicas, tais como, a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças ao nível “micro” – o nível do processo de trabalho em saúde.

Ainda que consciente desta complexidade buscarei problematizar algumas das mudanças que considero necessárias no processo de trabalho em saúde, de maneira a incluir a perspectiva do saber popular, as demandas e as necessidades da população. Considero fundamental a transformação do enfoque predominante das ações educativas: de um enfoque de educação em saúde tradicional, com ênfase em orientações fornecidas pelo serviço para a mudança de hábitos e comportamentos da população, dirigidas, sobretudo ao indivíduo para um enfoque de educação em saúde que estimule a análise crítica das condições de vida e trabalho da população, o fortalecimento de sua autonomia e a participação na sociedade.

Retomo artigo publicado por Bornstein e Stotz (2008/2009) onde os autores procuram diferenciar as formas de mediação e de condução do trabalho educativo presentes no processo de trabalho de agentes de saúde. Neste artigo foi categorizada uma primeira forma de condução cujo aspecto primordial era o de convencimento da população por parte do profissional de saúde que se julga detentor de um saber, por ter tido uma formação fundamentada no conhecimento científico e ter acesso aos protocolos estabelecidos pelos serviços de saúde. Outra forma de condução está fundamentada no diálogo, no re-

conhecimento do saber do outro, na reflexão crítica sobre a realidade, no fortalecimento da autonomia e do trabalho coletivo. Esta última forma de condução do trabalho educativo favorece a reorganização do modelo de atenção em saúde, na medida em que amplia o foco do trabalho em saúde e estimula a participação da população na análise e busca de solução para seus problemas. Em artigo de Bornstein, Matta e David (2009), é mencionado que as equipes de saúde pesquisadas no município do Rio de Janeiro desenvolviam poucas atividades educativas na comunidade e que o principal foco do trabalho educativo era de conteúdos vinculados à prevenção de doenças abordadas pelos programas do Ministério da Saúde. A principal conotação deste trabalho estava permeada pelo convencimento da população em relação às orientações fornecidas pelo serviço. Foi também mencionado o trabalho educativo não programado, feito pelo agente de saúde na comunidade como um espaço potencial de trabalho educativo, menos sujeito às normas do trabalho prescrito.

Um processo de trabalho inovador no qual se inclui o trabalho educativo pode ser de grande importância para a mudança do modelo de atenção, na medida em que possibilite a expressão das necessidades e demandas da população, fortaleça sua autonomia, sua organização e sua participação na sociedade e especificamente na consolidação do sistema de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- BORNSTEIN, V.J.; SOTZ, E.N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação vencedora e a transformadora. *Trabalho, educação e saúde*, 6(3): 457-480, 2008/2009.
- BORNSTEIN, V.J.; MATTA, G.C.; DAVID, H. O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em saúde. In: MONKEN, M. & DANTAS, A.V. (Orgs). *Estudos de Politécnica e Saúde*, v.4, p. 191-219. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648*, de 28 de Março de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, p. 71, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Consulta realizada em 23/08/2011, disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>
- TEIXEIRA, CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, CF & SOLLA, JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*, p. 19-58. Salvador: EDUFA, 2006.

A produção do conhecimento na perspectiva da educação popular: barreiras e dobras no diálogo com a academia

José Ivo Pedrosa

Atualmente não mais se questiona a Educação Popular na perspectiva freiriana como referência teórica, conceitual e metodológica para a construção de hipóteses, teorias e conceitos que se voltam ao conhecimento da realidade. Assim, de maneira geral, os princípios da educação popular guardam certa identidade com os clássicos princípios considerados estruturantes para a produção de conhecimentos do que chamarei aqui de ciência normal.

Entretanto existem diferenças abissais com o que acontece no modo hegemônico de produzir conhecimentos no campo acadêmico. Uma dessas diferenças ocorre em relação à intencionalidade política preconizada pela educação popular que atribui sentido à tarefa de compreender e explicar a realidade, pois distante de qualquer neutralidade, afirma a vontade de transformar os determinantes das situações que limitam o pleno desenvolvimento da potencialidade humana.

Outra diferença encontra-se nos sujeitos que produzem o conhecimento, nos modos de produzir e sua apropriação pela sociedade, considerando que para a educação popular os sujeitos do mundo da vida são os produtores de conhecimento pois são capazes de conscientizar-se do seu papel no mundo, desvendar a realidade de forma crítica e transformá-la.

Atualmente o contexto mundial se caracteriza pela crítica à ciência normal, que apesar do intenso acúmulo na área de Ciência e Tecnologia ainda apresenta um grande distanciamento entre o que se produz nos espaços acadêmicos reconhecidos como saberes científicos e sua incorporação nas políticas públicas ou nas ações voltadas para melhorar as condições de vida das pessoas. Em outras palavras, somente uma pequena parcela do que é produzido como pesquisa científica tem sua aplicabilidade no mundo da vida, no cotidiano das pessoas.

Neste cenário gostaria de discutir não o que se poderia chamar de “a validade científica” da educação popular, mas com base em uma experiência de implantação de um projeto denominado Ensino na Saúde, discutir as barreiras ainda existentes e as possíveis dobras que podem permitir a construção do diálogo entre o modo de produzir conhecimentos na perspectiva da educação popular e o modo de produzir conhecimentos nos espaços acadêmicos.

Almeida e col (2004) comentam que a constituição de grupos a fim de responder a um edital é o que tem acontecido nas experiências brasileiras que adentram por estudos interdisciplinares. Dessa forma o projeto resulta de um Edital CAPES em 2010, onde um grupo de professores de distintas formações elaborou uma proposta com o objetivo de conhecer os saberes que se conjugam na ação dos profissionais de saúde por meio da pesquisa - Epistemologia da prática profissional: um estudo sobre o perfil da formação dos profissionais em saúde na UFPI.

Configurado o tema ensino na saúde como objeto de reflexão e por suas características multirreferenciais considerado campo interdisciplinar, construiu-se a inclusão da educação popular e saúde como uma das referências fundamentais ao desenvolvimento de boas práticas de saúde, cujos princípios orientam para a formação de profissionais voltados aos valores éticos e de solidariedade, humanização, amorosidade, compromisso e diálogo com o outro.

No movimento em que a proposta aprovada passou a ser institucionalizada e foi constituído um Grupo de Estudos as barreiras começaram a se tornar visíveis, sendo possível identificar até o momento as barreiras estruturais e as barreiras ideológicas.

a) Barreiras estruturais decorrem das regras e normas presentes no órgão financiador e na instituição executora, no caso a CAPES e as cláusulas do seu Edital assim como a UFPI e suas instâncias de registro e regulação da produção científica local.

O Edital apresentava como critério para concorrer a vinculação da proposta a um Programa de Pós Graduação pontuado com nota superior a 4 na avaliação da CAPES e deveria fortalecer linhas de pesquisa já existentes nesses cursos, criar ou fortalecer a linha de pesquisa ensino na saúde e ofertar formação pós graduada na área.

Nas negociações com os cursos estrito senso da UFPI que dialogassem com o tema e pudessem “abrigar” o projeto a ser construído, as questões foram levantadas em torno da identidade acadêmica do tema: é um campo científico? Uma área? Uma sub-área?

Um dos programas de pós-graduação na área de saúde recusou qualquer envolvimento com o projeto argumentando que não beneficiaria o Programa podendo inclusive ter efeitos prejudiciais decorrentes da produção científica não catalogada e reconhecida pelos instrumentos de avaliação de produtividade acadêmica.

b) Barreiras ideológicas sustentadas pelas estruturas se revelam no “preconceito acadêmico” observado no espaço institucional que reprime a adesão e acolhimento ao tema por parte de pesquisadores e espaços de pesquisa instituídos. encontra-se no fato da hierarquização dos objetos sociais, nos quais este tema não é considerado um problema de “relevância científica”. Educação popular e saúde não está categorizada como área ou sub-área na Plataforma Lattes e como consequência a produção científica resultante é classificada como “multidisciplinar” a depender da posição da publicação no QualisCAPES.

Concomitante às barreiras foram sendo construídas dobras, espaços e momentos que propiciaram possibilidades de desenvolver o estudo do ensino na saúde na perspectiva da educação popular, ao mesmo tempo, relacionando-a à práxis pedagógica na graduação e na pós-graduação

As dobras surgiram e são consideradas institucionais, afetivas e produtivas.

a) Dobras institucionais que emergiram na acolhida pelo Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas, identificado com linha de pesquisa Cultura, Identidade e Processos Sociais.

b) Dobras afetivas que foram constituídas na identidade do tema com o movimento do Grupo de Estudos sobre Ensino na Saúde do qual fazem parte graduandos, mestrandos, pesquisadores. Como o

tema não consta do cardápio de linhas de pesquisa e projetos de investigação a participação de mestrandos, orientandos de professores envolvidos também exigiu negociação em torno da desconstrução dos projetos originais de dissertação apresentados quando da seleção e sua reformulação para temas condizentes com o ensino na saúde.

Mestrandos com formação diversa, experiência profissional diversificada e cursos de pós graduação diferentes convivendo com alunos da graduação (na maioria, egressos de disciplinas ministradas pelos professores envolvidos no projeto) de vários cursos da saúde, inseridos no espaço físico do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, onde circulam projetos, atores e saberes da academia, dos serviços e dos movimentos sociais, agregados a docentes e pesquisadores que buscavam conexões interdisciplinares, foram as características iniciais do Grupo de Estudo que representa segundo o modelo lógico o grupo gestor, pois cabe a este grupo a discussão e operacionalização das atividades concernentes ao projeto.

c) Dobras produtivas decorrentes do envolvimento dos alunos em projeto de extensão universitária que propiciou a interação com comunidades de terreiro, quilombolas, população rural e a participação em congressos e eventos nos quais foram apresentados 08 trabalhos identificados com a educação popular e saúde.

Em termos de considerações finais, provisórias, é possível perceber invisibilidade institucional ao tema ao mesmo tempo que uma grande atração por parte de estudantes e professores que trabalham em campos interdisciplinares que fazem interconexões com a educação popular e saúde.

Além disso, a produção de outros dispositivos como a constituição de um Grupo de Pesquisa junto ao CNPq – CIRANDAS DE APRENDIZAGEM E PESQUISA EM EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE – com 3 linhas de pesquisa: bases teóricas e metodológicas em educação popular e saúde; arte, saúde e espiritualidade; e, experiências em educação popular e saúde, aparece como um universo de possibilidades.

Em síntese o diálogo entre os modos de produzir conhecimento na perspectiva da educação popular ainda causa estranhamento, mas instiga à reflexão; existem barreiras que devem ser resolvidas no âmbito estrutural mas acredito que a força inovadora dessa produção tem potencialidade de romper com as regras vigentes e recriar novas regras, novos espaços e novos sujeitos produtores do conhecimento que transforme a realidade e ganhe significado no mundo da vida

Produção de conhecimento em educação popular

José Francisco de Melo Neto

A produção de conhecimento em educação popular conduz, inicialmente, à compreensão sobre esse fenômeno educativo. Um fenômeno humano de ensino e aprendizagem, tendo na expressão do trabalho a sua condição de potencialização, realizado apenas pelos humanos. Essa compreensão encerra uma filosofia de mundo que contém uma teoria de conhecimento que apresenta como ponto de partida a realidade ou o mundo das coisas. Um real traduzido em suas dimensões de concretude ou de abstração. É um conhecimento que se acerca da história e da categoria teórica do movimento, com metodologia ou pedagogia própria na condução da investigação daquilo de desejo de se conhecer. Norteia-se de uma política capaz de promover a junção com valores éticos, em que a igualdade, justiça, liberdade e felicidade estão, necessariamente, presentes.

O processo de construção de conhecimento em educação popular contém características próprias. Envolve não a dimensão meramente individual do pesquisador solitário, mas elabora uma crítica a respeito da natureza do conhecimento produzida por tantos outros métodos, como tem de bem caracterizar as suas etapas evolutivas do seu processo próprio. Carecerá, ainda, de expor os seus convincentes instrumentos técnicos, além de estabelecer uma necessária relação desse produto de pesquisa com a sociedade. E muito para além de tomar por objeto um conhecimento acabado, a tradição da ciência moderna assim o fizera, estimula mais a análise de condições de possibilidades desses conhecimentos em elaboração, os seus processos originários, organização e suas aplicações.

A crítica epistemológica que a educação popular desenvolve aos tantos tipos de se fazer conhecimentos situa-se distante do caminho tomado pela produção do mesmo, originariamente de bases modernas, organizado por pensadores que direcionaram a sua definição, por meio de um caminho único e exclusivo de técnicas de quantificação de seus dados. A orientação empirista dominou a modernidade, à moda de pensadores como Bacon, Galileu, Descartes, Newton e, presentemente, estudiosos da estatística e informática, que utilizando-se de ‘pacotes’ computacionais, representam os atuais fazedores de uma epistemologia ainda dominante e fundadora do conhecimento científico. O conhecimento daí produzido está fundado em bases racionais, conduzindo a ciência a tornar-se a única forma capaz de se entender a realidade. Por meio de uma cantilena permanente, elege a razão como a única em condição de constituição de um conhecimento capaz de aproximação ao objeto de desejo de se conhecer. Essa ciência assume, até certo ponto, uma capacidade mágica de erradicar a ignorância da humanidade, possibilitando situações de progresso humano. Tudo isto não passa de mera ideologia, com intenção expressa de se tornar uma tendência automática, linear e única. Essa ideologia fortalece a crença extremada no indivíduo, tentando superar todas as dimensões de coletividade contidas em todo o processo de pesquisa, envolvendo pessoas, incentivando, cada vez, o individualismo. Torna este princípio ético como a conquista máxima

também na produção de conhecimento. Esse caminho é responsável, em grande parte, à separação entre ética e política, inventando a figura da pesquisa e do pesquisador neutros. A crítica a esse mecanismo produtor de ciência põe o conhecimento produzido coletivamente em confronto a esse valor central ético da vivência humana. Além disso, esse conhecimento produzido insere-se no mercado das coisas, tendo um preço que só quem o usufrui são os potentados financeiramente, fortalecendo a propriedade privada.

O conhecimento em bases à educação popular fortalece o pesquisador e o `pesquisado` em bases comuns de igualdade, mesmo que cada um mantenha as suas singularidades. O `pesquisador` e o `pesquisado` também têm razão, também tem sentimentos, paixões e afetos, formando um conjunto para possibilitar a compreensão do algo em estudo. A realidade do pesquisador, em educação popular, está situada no seu mundo com os outros presentes. O papel do conhecimento, agora, para além de simples explicação, promove a compreensão do fenômeno em estudo. Uma realidade que também pode ser traduzida em dados, mas o conhecimento não está dado. Na educação popular, esse conhecimento não é naturalmente posto, nem fixo ou estático, contém história dos envolvidos e, sempre, podendo ser ressignificado. Pode-se até haver quantificação, mas ela só é útil se ajuda à análise qualitativa. Nunca procura qualquer tipo de generalização, pois cada canto é um canto ou lugar, em cada tempo, em cada momento histórico.

A possibilidade de conhecimento em educação popular tem um lugar teórico-prático e ético-político próprio. Evidencia, originariamente, o conhecimento gerado nesse fenômeno que está pautado por bases empíricas, mas promove a conexão do ensino, pesquisa e aprendizagem, partindo sempre de uma realidade que se estabeleceu. Essa realidade, todavia, configura-se como fenômeno dinâmico e em permanente movimento. Um conhecimento voltado à compreensão desse movimento, sempre atento às condições econômicas e sociais presentes em cada momento histórico, ou em cada modo de produção. Oferece a clareza de que essa realidade é condicionada historicamente e, portanto, sempre aberta às mudanças. Com isso, o pesquisador não se posiciona fora da realidade e a sua análise se constrói com base nas contradições inerentes de cada realidade. Reconhece a importância dos meios tecnológicos na intermediação entre indivíduo e sociedade, mas sem incentivar a fuga do real, algo que institui o exercício de simulacros de conhecimento. Tem clareza que a realidade se expressa também pela linguagem em suas diferenciadas formas de expressão, como palavra, escrita, foto, signos... códigos..., sem perder, todavia, a dimensão de totalidade de análise e sem apontar para um estilo de vida niilista, do vazio e da ausência de valores, contrapondo-se ao consumismo, individualismo e reafirmando valores éticos, a exemplo da solidariedade e igualdade.

A pesquisa, o ensino e a aprendizagem estão juntos e ocorrendo de forma simultânea, gerando campos de resistência ao real estabelecido, com exigências de transformações profundas à sociedade. A sua elaboração passa pela definição do seu ponto de partida, pautado pelo mundo mesmo, o mundo real, expressão de uma grande *síntese*, um primeiro movimento, buscando-se as mais variadas formas de suas delimitações e determinações. Afinal, cada fenômeno é expressão de acúmulo de esforços, pelo trabalho

humano, traduzindo aquilo que ele mesmo é. Caminha-se a seguir por passos analíticos, por mais variadas técnicas, como segundo movimento, inclusive abrindo possibilidades para dados sem transformar essa *análise* em mero exercício de multivariadas relações estatísticas. Ao chegar nesse ponto, retoma-se ao fenômeno inicial, sem desprezar a síntese primeira, conformando o terceiro movimento dessa organização para o conhecimento, nova *síntese*, justificando, finalmente, esses conhecimentos novos por meio de suas aplicações.

Um caminho que passa por abstrações, partindo do concreto como anterioridade, definindo categorias úteis ao estudo de cada tipo de real, sempre procurando aquelas que tenham mais força explicativa de cada fenômeno para compreensão. Uma procura incessante para a compreensão do fenômeno de hoje, em situações mais complexas, para melhor explicitação do mesmo para o ontem, para o anteontem e de olho em ações para o dia de amanhã. É um novo real(síntese), permeado de tantos e novos pensamentos e novas ações.

Portanto, a produção do conhecimento em educação popular só é em plena condição de incentivar o exercício do agir coletivo, de ensino e aprendizagem sintonizados com a pesquisa e, politicamente, conhecimentos que possam propiciar caminhos variados das possibilidades de emancipação humana.

História, ações e reflexões do movimento de EPS

Coordenador – Pedro José Cruz – UFPB e ANEPOP

A Educação Popular constitui uma perspectiva teórica, filosófica e metodológica orientadora da educação como um todo e das relações estabelecidas no decorrer das ações educativas e do trabalho social. Foi se configurando a partir de diversas experiências de educação de jovens e adultos empreendidas junto às camadas populares, nas décadas de 1950 e 1960, por intelectuais influenciados por dois aportes teóricos fundantes: o humanismo cristão e a leitura social crítica de Marx. Nos anos 1960, com a obra “Pedagogia do Oprimido”, Paulo Freire passa a se destacar como um dos principais teóricos sistematizadores desta filosofia educativa.

Fundamenta princípios para uma prática educativa emancipatória e um trabalho social que seja útil e intencionalmente direcionado a promoção da autonomia das pessoas, do espírito crítico, da cidadania participativa e da superação das desigualdades sociais. Para tanto, recomenda de maneira elementar a valorização da cultura popular, traduzida no respeito às iniciativas, idéias, 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. Assim configurada, a Educação Popular implica uma formação conectada com um olhar crítico para o mundo, sua realidade concreta e a necessidade de enfrentamento coletivo e solidário dos principais problemas percebidos.

Os movimentos, coletivos e práticas de Educação Popular e Saúde tem tecido, ao longo dos anos, saberes e experiências significativas na produção de novos sentidos para o fazer, sentir, pensar e agir em saúde.

Diversos coletivos sociais e populares, como a Rede de Educação Popular e Saúde, o Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da ABRASCO, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde – ANEPS, a Articulação Nacional de Extensão Popular – ANEPOP, dentre outros, vêm promovendo reflexões, construção de conhecimentos e práticas num processo de diálogo entre serviços, movimentos sociais populares e espaços acadêmicos para concretizar um projeto de sociedade e de saúde mais justo e equânime. Reiterando um compromisso com a melhoria da qualidade de vida e de saúde de todos os brasileiros e com a consolidação e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como política de Estado.

Em meio a este processo, compartilha-se – nestes coletivos - a compreensão dos espaços formativos como lugares de encontro orgânico, transformador e aglutinador do movimento de educação popular, permitindo descentralizar o debate em torno do movimento e acolher novos atores sociais neste caminhada. Além disso, retomar com maior vigor uma ação e formação política, pelo encontro de sujeitos, capaz de permitir a este movimento perspectivas de intervenção e criação ainda mais ousadas, possibilitando também ao movimento – pelo encontro reflexivo e freqüente de seus protagonistas – dar mais agilidade e celeridade nas estratégias educativas e políticas que já se encontram em andamento.

Nessa caminhada, as experiências orientadas pela Educação Popular desvelam novos significados para a prática em saúde, a qual passa a ser entendida como: um ato político, de conhecimento e ato criador; processo de formação mútuo e permanente; onde as pessoas atuam como seres protagônicos, críticos e encharcados de cultura, arte e espiritualidade; sua finalidade está na liberdade, pois pela educação, os sujeitos poderão se libertar da realidade opressiva e da injustiça; visando à libertação, à transformação radical da realidade, a educação visa melhorar esta realidade, para torná-la mais humana; busca permitir a denúncia da realidade opressiva e o anúncio de outra realidade, a utopia; e requer conscientização, não apenas como “tomada de consciência”, mas através da análise crítica, do desvelamento das razões de ser das situações.

São várias as experiências que têm se apresentado inovadoras, e que se agregam no movimento de educação popular e saúde, sempre em articulação com outros movimentos sociais, práticas populares, trabalhadores e gestores da saúde, assim como com outras políticas e setores da saúde. Tais experiências têm fortalecido o protagonismo popular nas políticas de saúde e de produção de conhecimento. Por exemplo, as Tendências Paulo Freire, espaços dialógicos inseridos nos principais eventos da saúde coletiva dos últimos anos. O formato da roda, com a fala franqueada a qualquer participante, além da incorporação das dimensões da cultura e da arte popular fazem com que as Tendências Paulo Freire estabeleçam uma ruptura com o formato mais formal dos painéis, mesas-redondas e conferências, tensionando os organizadores dos eventos para a produção do diálogo com as pessoas dos movimentos e práticas de saúde.

Nesse contexto, vêm à cena outros espaços coletivos de Educação Popular e Saúde organizados em Movimentos, Redes, Grupos de Pesquisa, Articulações ou Listas Virtuais de Discussão. Movimentos e coletivos de EPS conquistam novos espaços e, a partir de 2002, a Educação Popular passa a tornar-se uma referência nas práticas de saúde em alguns municípios além de ser incluída formalmente no Ministério da Saúde. Há um reavivamento da construção participativa e implementação democrática de políticas públicas, entre as quais algumas que iniciam o desenho de uma política pautada nos princípios da Educação Popular.

A luta dos coletivos nacionais de educação popular em saúde marca também a construção de propostas e estratégias concretas de inserção da educação popular como política pública. Algo que foi inicialmente apenas sonhado começou a ser concretizado pela comunicação intensa dos diversos movimentos e práticas de educação popular na saúde.

A história dos coletivos, movimentos e práticas de Educação Popular e Saúde, contada por muitos e diversos atores e atrizes, vem repercutindo em perspectivas onde o cuidado, a participação, a gestão e a formação em saúde ganham contornos transformadores através de dimensões humanistas, dialógicas, críticas, criativas e democráticas. Nesta Roda de Conversa, serão colocadas em discussões os principais elementos de ação-reflexão em saúde, construídos ao longo da história dessas iniciativas, problematizando os desafios colocados no caminho ainda ser percorrido por estas práticas e pela constituição da Educação Popular e Saúde como campo de vivências transformadoras, saberes críticos e de produção de conhecimentos.

Histórico, ações e reflexões do movimento de educação popular em saúde

Simone Maria Leite Batista - MOPS e ANEPS

O processo histórico da Educação Popular evidencia que o contexto no qual a mesma se constitui não se descola do cenário de luta política pela emancipação e inclusão social da parcela mais empobrecida da população. Nesse cenário Paulo Freire apresenta novas concepções sobre as práticas pedagógicas desenvolvidas nos movimentos ligados à promoção da cultura popular, ressignificando o processo de alfabetização de trabalhadores rurais do nordeste brasileiro como práticas de libertação e emancipação, em um contexto no qual a educação popular era o eixo principal do Programa Nacional de Alfabetização, de 1964 (Manfredi, 1998). Embora emergentes em distintos contextos sociais e geográficos, identifica-se que a agregação dessas pessoas apresentava como ponto convergente a intencionalidade de transformar a situação vivenciada.

O Brasil foi o pioneiro na construção da Educação Popular, segundo Vasconcellos (2004), que começou a se estruturar como corpo teórico e prática social no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra se voltaram para as questões populares. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular.

Nas décadas de 50 e 60 deu-se início a um movimento cultural e educativo em busca de uma contra-hegemonia cultural que se manifestou no cinema novo, teatro popular, ações de Paulo Freire, entre outras, sendo fortemente reprimido. Na década de 70 este movimento toma novo fôlego impulsionado pela luta contra a ditadura militar, sendo que as Comunidades Eclesiais de Base e os movimentos sociais foram fundamentais para transição política ocorrida entre 78 e 83. (Material da Recid).

Neste percurso a Educação Popular tornou-se um referencial importante aos movimentos sociais e coletivos interessados na transformação social. Assim como, tem sido referência para gestões do campo popular que apresentam a ampliação da democracia e do protagonismo popular na esfera das políticas públicas como princípios básicos. A Educação Popular em Saúde apresenta-se como projeto político emancipatório e compromissado com uma sociedade justa e equânime protagonizada por sujeitos ativos, críticos e participativos. Identifica-se que os princípios gestados pela concepção *freiriana* que sustentam as ações e as práticas de educação popular em saúde, como a solidariedade, a humanização, o diálogo, a construção compartilhada de saberes, a emancipação e a afetividade apresentam-se fundamentais para a formulação e a implementação das políticas de saúde. Sua característica de práxis, no sentido de um “fazer pensado” coloca a educação popular em saúde como estratégia indispensável aos projetos de transformação da sociedade.

A educação popular em saúde tem construído sua singularidade a partir da contraposição aos saberes e práticas autoritárias, distantes da realidade e orientados por uma cultura medicalizante impostos à população, buscando a implementação da gestão colegiada entre profissionais e comunidades nos serviços de saúde e nos processos de saúde-doença. O jeito de fazer saúde das práticas populares de cuidado tem demonstrado que atuam na construção de projetos terapêuticos singulares, dialogados, participativos e humanizados, acolhedores da cultura e do saber popular, reconhecendo o outro em sua essência e amplitude. Tais práticas atuam mais próximas de uma saúde natural, integrada a natureza, contribuindo assim com o processo de desmedicalização da sociedade brasileira.

De maneira bastante sintética a educação popular representa a abordagem pedagógica adequada ao trabalho de conscientização desses sujeitos sobre justiça e direitos sociais. Os grupos se organizam na construção de projetos coletivos a partir da leitura crítica da realidade, construindo um saber compartilhado, tendo como diretriz político-ideológica as construções freirianas de libertação e emancipação.

Destaca-se a criação do Movimento Popular de Saúde (MOPS), organização pioneira no que diz respeito à saúde, no campo dos movimentos populares. Em sua atuação identificam-se duas vertentes complementares: a) o sentido de resistência e afirmação do protagonismo por meio da cultura popular, ou seja, os saberes e fazeres populares de cuidado e cura que passam a ser revitalizados e em algumas situações sistematizados em cartilhas e manuais; e b) o sentido político de emancipação no qual a participação consciente mobilizava a luta por melhores condições de vida e, conseqüentemente de saúde. Essas duas matrizes se conjugavam como princípios políticos do Movimento Popular de Saúde (MOPS). Desse contexto surgem as bases da educação popular em saúde, isto é, uma conjunção de saberes, de vivências e de práticas que apresentam em comum à negação da situação existente e a construção do inédito viável. Esse processo imprime direcionalidade política às práticas de educação popular em saúde para um projeto de sociedade, no qual a saúde se insere como direito de cidadania e dever do Estado. Com esses acúmulos a educação popular em saúde vai se constituindo no cenário político por meio de movimentos populares (MOPS, Movimento da Zona Leste de São Paulo, Movimento Contra a Carestia) que se integram como atores políticos ativos no Movimento da Reforma Sanitária.

Nesse percurso, a educação popular em saúde, além de prática pedagógica constante nos movimentos sociais populares, ganha dinâmica própria a partir da organização de espaços agregadores, sistematizadores e produtores de conhecimentos, conceitos, visões de mundo, atuando como dispositivos fundamentais para o campo. Tais espaços se localizam nas universidades, nos serviços de saúde e nos movimentos populares.

Em dezembro de 1998, profissionais de saúde e algumas lideranças populares reunidos em oficina realizada no Rio de Janeiro criaram a Rede Nacional de Educação Popular em Saúde. Hoje, além de uma dinâmica lista virtual de discussão, a Rede integra a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), por meio de um Grupo de Trabalho (GT) de Educação Popular e Saúde, que tem contribuído para produzir encontros da educação popular em saúde com temáticas do campo da saúde

coletiva, discutindo suas dimensões de produção de conhecimento, dispositivo para a constituição de sujeitos que possam ressignificar a cidadania e o direito à saúde, e referência ética, teórica e metodológica para a reorganização das práticas de saúde.

Em 2003, resultado das discussões e proposições apresentadas ao Comitê de Transição do Governo Lula, é criada na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde,

Uma das estratégias implementadas foi o apoio à constituição de um espaço de interlocução com os movimentos populares no diálogo com a gestão do sistema, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS). A realização de encontros estaduais de movimentos e práticas de educação popular em saúde identificou cerca de 800 iniciativas (movimentos e práticas) que se articulavam na luta por saúde.

Em 2009, sensibilizada pela demanda de qualificar a interlocução com os coletivos e movimentos de EPS, bem como, fortalecer o apoio e a visibilidade destes no contexto do SUS para a implementação de uma gestão participativa de fato, a SGEF criou o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). Espaço configurado enquanto apoiador do processo de formulação desta Política.

Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde (EPS) apresenta-se com potencialidade, não apenas como referencial teórico/metodológico para a construção de políticas, haja vista as experiências reais em governos do campo da esquerda, como também, campo de prática social com amplo poder de agregação, alicerçado em princípios éticos e culturais compromissados com o popular.

Muitos caminhos foram percorridos por intelectuais orgânicos a exemplo de Victor Valla na área da saúde, e pelos movimentos populares que fazem parte da trajetória de conquista que nos proporciona as bases para a implementação desta Política.

A partir de sua institucionalização em 2003, com a conquista do Governo Lula, foi que o processo de sistematização teórica e prática da EPS junto à gestão da política de saúde iniciaram-se.

Essa construção histórica foi determinante para construção das bases políticas para em 2009 a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS instituir o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). O CNEPS foi o espaço de apoio à sistematização e formulação Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS).

A partir de estratégias pactuadas no âmbito deste Comitê, foi garantida a realização de seis Encontros regionais de Educação Popular em Saúde a fim de garantir a escuta-ampliada, formulação compartilhada e descentralizada desta Política. Tais espaços foram gestados com a intencionalidade da construção da política enquanto processo vivo de mobilização e reencantamento pelo SUS além de um documento oficial.

O objetivo da PNEPS/SUS é promover a implementação de ações de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, integrando práticas e saberes técnico-científicos e populares para a qualificação da

participação popular na gestão, no controle social, no cuidado e na educação na saúde. Seus princípios teóricos metodológicos da PNEPS : Diálogo, Amorosidade , Problematização , Construção compartilhada do saber, Emancipação e Compromisso com a Construção do projeto Democrático Popular.

Estamos no momento de discussão e aprovação da política no conselho nacional de saúde, que irá possibilitar ampliarmos o debate por dentro do SUS.

Saúde do trabalhador e educação popular: a extensão re-significando a integralidade e reorientando a formação em saúde

Dailton Alencar Lucas de Lacerda

A Saúde do Trabalhador (ST) é um campo de saberes e práticas desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e formados por uma perspectiva comum, integrando o sujeito (trabalhador), a saúde e o ambiente de trabalho. Experiências extensionistas inovadoras, comprometidas com as demandas sociais da população brasileira e orientadas pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), têm cada vez mais conquistado espaços nas instituições de ensino de educação superior, como um campo privilegiado de saberes e práticas na reorientação dessa formação. Dentre as diversas estratégias que se identificam com o campo popular de atuação na saúde destaca-se a educação popular. O Projeto de Extensão “Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador - PEPAST” é uma atividade extensionista, desenvolvida pela Universidade Federal da Paraíba, cujo objetivo é contribuir para reorientação da formação na construção de um “olhar diferenciado”, através da promoção do cuidado, permitindo uma assistência orientada pela Educação Popular em Saúde numa abordagem integral, interdisciplinar e intersetorial. É uma experiência vivenciada e construída a partir da necessidade de re-significar o olhar na assistência à saúde do trabalhador. A atenção primária é um dos seus cenários de prática e tem como território de ação a Comunidade Maria de Nazaré, situada na zona sul da cidade de João Pessoa - PB. Envolve em suas atividades estudantes e professores universitários, profissionais da estratégia de saúde da família, trabalhadores e representantes dos movimentos sociais organizados. Apresenta em suas práticas uma nova visão do cuidar em saúde do trabalhador, considerando elementos fundamentais como a busca da integralidade como princípio norteador, a problematização, a dialogicidade e a relação integrativa entre os sujeitos. A intersetorialidade se traduz na articulação com outros parceiros desse campo através da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), da qual participam representações da Rede Assistencial Estadual e Municipal de Saúde do Trabalhador (Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador através das Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades de Saúde da Família - USF, dos Centros de Assistência Integral de Saúde – CAIS e Rede Hospitalar, dos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST/PB e Centro Macro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST/MR, e da Agência de Vigilância em Saúde do Trabalhador – AGEVISAT); do Ministério do Trabalho, através da sua Delegacia Regional do Trabalho (DRT);, da Previdência Social com o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), da Educação com as Instituições de Ensino Superior (IES), do Meio Ambiente com as secretarias estaduais e municipais do meio ambiente, sindicatos, órgãos de classe (CREAS), , dentre outros, permite participantes compreender toda a malha de entidades e instituições que atuam nesse campo. Metodologicamente a dinâmica do projeto é desenvolvida em duas etapas: um encontro semanal com objetivo de planejar, organizar e avaliar as estratégias de ações e

outro aos sábados com as práticas na comunidade. Inicialmente é proposto uma pactuação com parceiros envolvidos na experiência: Associação Comunitária, Equipe da Estratégia de Saúde da Família e outros projetos de extensão com atuação na comunidade. Realiza-se um reconhecimento geral do território de abrangência e suas micro-áreas. Posteriormente, identifica-se os principais meios de ocupação dos usuários, os problemas de saúde apresentados relacionados à atividade ocupacional, e estratégias para minimizar estes impactos. Ainda na APS, o PEPAST desenvolve ações através de visitas domiciliares, atuando com a proposta de beneficiar o trabalhador, formal ou informal. Percebe-se ao longo das atividades do projeto, que a educação popular promove estímulo ao protagonismo dos atores envolvidos no processo, mostrando-se um componente importante para ruptura da distância entre os extensionistas, profissionais de saúde e comunidade. Após a atuação do projeto de extensão, destaca-se a aproximação parceira entre a comunidade e o serviço de saúde local, as pessoas começaram a sentir-se cuidadas, passando a cuidar mais de si mesmas. O projeto possibilita conhecer a rotina da comunidade e dos setores que compõem a rede de atenção à saúde, os quais poderão ser futuros cenários para a prática profissional. A vivência tem permitido a reflexão crítica sobre o cuidado em saúde do trabalhador, a compreensão da realidade social e a participação na construção de um caminho de superações. Fazendo desta experiência um espaço para encontro de sujeitos comprometidos com as práticas transformadoras, possibilitando a participação dos usuários-trabalhadores de uma forma autônoma, colocando-o como um sujeito que necessita de cuidados esclarecedores e humanizados. Desde seu surgimento em 1998, o PEPAST passou por várias mudanças na sua estruturação e campos de atuação. Hoje o projeto apresenta-se como uma estratégia eficaz de contribuição na relação do cuidado no campo da ST na atenção primária de saúde. Fazendo parte de uma construção permanente, capaz de conduzir o indivíduo à reflexão sobre os enfrentamentos e superações de seus problemas, tornando-os sujeitos ativos da transformação de situações da sua realidade a partir de experiências vivenciadas e sociabilizadas.

Educação e construção dos saberes no trabalho – desafios à organização dos trabalhadores

Ivanilde Batista – ANEPS GO

Para falar de Saúde, *Educação e construção dos saberes no trabalho – desafios à organização dos trabalhadores* é preciso lembrar-se das lutas conquistadas.

Na constituição de 1988 a saúde passa a ser, “*direito de todos e dever do estado*”. O texto da Constituição cidadã, em seu artigo 198, afirma ainda que “... *As ações e serviços de saúde integram um rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...*” e, em seu artigo 200, está definido que *ao Sistema Único de Saúde compete... executar as ações de saúde do trabalhador...* Assim, a Saúde do Trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS com caráter intra e inter-setorial, exigindo uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar com a participação efetiva do trabalhador(a).

O princípio da descentralização, universalidade, hierarquização, equidade, integralidade, controle social, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades.

A III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) MAIO DE 2005 com o Tema **“Trabalhar, Sim! Adoecer, Não!”** representou oportunidade privilegiada para discussões e avanços no modelo de atenção à Saúde do Trabalhador que vem sendo construído no e pelo SUS. Neste sentido, propõe-se que o debate em torno dessa temática em torno das 03 questões que constituem os três eixos orientadores da CNST, quais sejam:

1. Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as)?
2. Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País?
3. Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos (as) trabalhadores (as)?

Essas questões ainda estão sendo desmistificadas pelo Ministério da saúde que em 2002 cria a RENAST – Rende Nacional de Saúde do trabalhador, caracterizada como uma rede de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS, estruturada a partir dos centros de referência, das unidades e dos municípios sentinelas, organizada em torno de um dado território. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador previstos na RENAST devem produzir serviços técnicos assistenciais, sem jamais substituir a rede de serviços do SUS. Assim a *Rede Sentinela* seria pontos de entrada no Sistema. A RENAST e os CEREST’s retaguardas técnicas e difusoras de ações e de ideias de vigilância em saúde de caráter sanitário e de base epidemiológica. Pergunto:

A Saúde do Trabalhador deveria iniciar pela Atenção Básica?

O SUS já conseguiu construir suas referências para ultrapassando as fronteiras da saúde ocupacional?

O quanto caminhou a política e a organização da Vigilância em Saúde do Trabalhador?

As CIST'S tem acompanhado o processo de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador?

Como vem ocorrendo os processos participativos nos espaços dos Cerest's?

Qual a efetividade do exercício democrático no campo da Saúde do Trabalhador?

A força dos gestores de saúde que costumam determinar as pautas?

Nesse desenho político entre o percepção de direito e a modelo de gestão a educação popular encontra a Saúde do Trabalhador, por meio de uma proposta do Projeto Vidas Paralelas (PVP) que vem ao encontro da concepção da Saúde do Trabalhador, uma vez que busca revelar o cotidiano de vida e trabalho da classe trabalhadora do Brasil a partir da ótica dos próprios trabalhadores, por meio de ferramentas da cultura digital e pautadas na educação popular, com vistas à formação de uma rede social que possibilite a troca de experiências, a reflexão e construção de políticas públicas adequadas às demandas reais dessa classe, uma ação inovadora no campo da saúde, cultura e trabalho.

No PVP a educação popular em saúde, é a norteadora do processo de formação, constitui um campo teórico e prático que entende a educação como um processo fundamentalmente político e, portanto, busca essencialmente a construir a autonomia dos sujeitos, o despertando consciência crítica como protagonista de sua própria história.

O PVP oportuniza um processo social e político fortalecendo a capacidades críticas e habilidades dos indivíduos e coletivos, promovendo diálogos a cerca de *situações limites* vivenciadas pelos trabalhadores. Nas ações do PVP a valorização de saberes a troca de experiências e a confluência entre trabalhadores (a), suas famílias e comunidade, de forma que todos envolvidos sejam sujeitos ativos neste processo de ensino-aprendizagem arte e cultura.

As reflexões vivenciadas no PVP tem a possibilidade de contribuir como referencias no campo da vigilância em saúde do trabalhador, para a reorganização a gestão de serviço no SUS, e de protagonizar processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e o controle social.

BIBLIOGRAFIA

DIAS, Elizabeth Costa and HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.4, pp. 817-827. ISSN 1413-8123.

Sonia AcioliI - IUniversidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ www.prac.ufpb.br/anais/sempe/vsempeanais/.../saude/reflexoes.doc

Relatório da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

Relatório do Projeto PVP

Interface da EPS nos serviços de saúde

Graciela Pagliaro

No SUS, os serviços de saúde são por excelência o território das ações de educação popular em saúde (EPS), seja nas próprias unidades, seja nos locais onde se dá o trabalho dos profissionais destes serviços (escolas, creches, domicílio dos usuários, etc.). No entanto é tão abrangente este trabalho que não podem estar restritos às ações de educação em saúde. No estreito contato dos vínculos estabelecidos entre profissionais e usuários a escuta dos problemas e a busca de soluções adequadas à realidade são fundamentais para firmar os relacionamentos. Nas relações profissionais, nas reuniões de equipe, nas demandas não previstas que surgem a todo momento, lançar mão da EPS como metodologia dialógica, participativa, de escuta e criativa é garantia de bom encaminhamento. Na gestão do serviço onde micro poderes interagem e dialogam o tempo inteiro, trabalhar nesta perspectiva é de grande potência. Quando se propõe a criação de conselho gestor e se trabalha nessa parceria em gestão participativa estamos com a EPS do nosso lado. Isto sem considerar os processos de educação permanente que fazem parte da formação dos profissionais e que por princípio aponta e se utiliza dos eixos estruturantes da EPS, partindo da realidade dos profissionais para propor um processo educativo. Quando se utiliza esta perspectiva pode-se dizer que o serviço de saúde se encontra capaz de potencializar a organização das comunidades, assim como a capacidade de problematizar sua vida e os determinantes que se opõe a saúde integral. Assim conhecer e atuar na perspectiva da EPS nos serviços se torna processo fundamental para o sucesso do trabalho.

Desafios da Educação Popular em Saúde no PMF Jonathas Botelho em Niterói

Ivi Tavares Abraão Castillero

Após 3 anos trabalhando no PMF Jonathas Botelho, que fica no bairro do Cubango em Niterói, alguns questionamentos são importantes, para que a prática de atividades educativas se desafie a ser transformadora da realidade. Para transformar a realidade, é necessário entendê-la. E como entender o território que atendemos?

Uma parte do território no qual trabalho recebe o nome de Bumba, o qual sofreu enormes transformações após a catástrofe de abril de 2010, onde uma de suas ruas desabou após as chuvas por consequência de ser um antigo lixão abandonado. Esse primeiro aspecto, ser um antigo lixão me desafiou após todo o ocorrido a me questionar sobre a importância de entender a história do local onde trabalhamos.

Avaliando o processo pós catástrofe, conseguiu-se estimular a organização comunitária e junto com esta população buscou parcerias intersetoriais na perspectiva de melhores condições de vida e saúde. Estimulou-se a participação popular como prática política, buscando permanentemente parcerias intersetoriais, sem desconsiderar a importância das dimensões de prevenção e assistência à saúde.

Diante do fato, os moradores não sabiam quais direitos tinham, a ação desencadeada foi a de fazer a interlocução com a defensoria pública, e isso pode e deve ser valorizado como uma ação de promoção a saúde. As lideranças locais que se ressaltaram nesse processo nem sempre foram as mesmas consideradas anteriormente por mim como parceiros na modificação do território. Novas lideranças que precisavam ser mais enérgicas nos conflitos com a própria prefeitura não foram aquelas envolvidas diretamente com as associações de moradores, que em Niterói tem relações fortes de divisão de responsabilidades com a coordenação do PMF e sua gestão.

Antes desse acontecimento tanto as visitas domiciliares, assim como os grupos educativos, visavam ações direcionadas para grupos prioritários. Após as catástrofes, a necessidade daquele momento gerou um envolvimento maior com os direitos daqueles agora desabrigados. Mostrou que é preciso estar atento a eventos socioambientais possíveis no território. No processo de luta por seus direitos, os moradores se reconheceram mais como grupo, e se auto-organizaram de diferentes maneiras, viram a importância e a dificuldade de lutar por seus direitos para conseguirem estruturas básicas para sua dignidade.

O território não é algo estático, e deve ser vivenciado e debatido principalmente por aqueles que mais estão no dia a dia daquele território. Nesse contexto, houve um enorme aprendizado perante o que é educação popular em saúde. A dimensão de que ela extrapola as atividades educativas clássicas é um aspecto importante, envolve um movimento constante de compreensão da área e aspecto a querer ser modificado, pode estar presente tanto na visita domiciliar, quanto num grupo ou numa reunião com a comunidade.

Alguns grupos foram gestados após a catástrofes, como Saúde dos Homens e Juventude Saudável, e tentou-se sair dos moldes de apresentações e reuniões clássicas, onde há uma palestra sobre um tema e estimula-se o raciocínio e construção conjunta do assunto, porém a construção da identidade e valorização do próprio conhecimento de cada um é difícil. E foram experimentadas várias formas de participação, e valorizou-se ir nos locais aonde os moradores estão no seu dia a dia, e não marcar horários extras. Isso ajudou a participação, mas ainda é desafiador, estimulando a equipe a pensar no aspecto essencial que é, o que incomoda mais essa comunidade. E não somente em quais as demandas o serviço de saúde avalia ser importante participar. Por isso nesse momento estamos experimentando uma nova elaboração de participação, onde a partir de reuniões saem as propostas dos temas a serem trabalhados e como eles podem e devem também modificar aquela realidade existente, tanto na pequenas ações locais como nas dimensões maiores.

A conjuntura histórica da participação e das lutas populares – análise coletiva

Eni Carajá Filho

1º Secretário Geral da Coordenação Nacional do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – Morhan/ Gerente de Participação Popular e Controle Social no SUS Betim – Minas Gerais.

RESGATE HISTÓRICO

Atualmente deparamos com muitos ex-militantes de alguma agremiação sindical ou popular e isso desperta um saudosismo e daí perguntamos? Porque as pessoas atualmente falam que foi ex alguma coisa, sobretudo de importantes lutas por democracia, será que já a conquistamos e consolidamos?

Ainda atuando em Movimentos sociais, percebo que às vezes alguns ex se renderam a pequenas conquistas ou foram desanimados pelo poder que a política partidária às vezes nos aborda e suga nossa militância nos movimentos populares para si.

Em meados de 1978 víamos surgir uma luta intensa pela democratização da Saúde por meio da Reforma Sanitária, quando alguns obstinados pretendiam mudar a realidade sanitária brasileira onde boa parte da população morria por doenças preveníveis, falávamos muito das condições de vida, do saneamento básico, das verminoses, dos lixões e hoje falamos em Sistema Único de saúde, mas as condições melhoraram ou deixamos nos iludir pelo tamanho dos avanços alcançados?

Percebíamos naquele instante a necessidade de organizar a população para enfrentar seus desafios, pois quando entrei nessas lutas, era apenas um acompanhante de minha mãe Maria Petronilha Neves nas reuniões da Associação Beneficente dos Moradores da Vila, atualmente Associação dos Moradores da Cabana em Belo Horizonte, e essas reuniões eram noturnas, onde funciona hoje o Centro de Saúde Waldomiro Lobo, e eu as vezes dormia naquele acompanhamento, mas ficava atento as discussões referentes a desenvolvimento comunitário, desde os 12 anos de idade fazia essas participações que me qualificaram a atuar.

Em 1979 promovemos um curso de saúde popular e fundamos em Minas Gerais o Movimento Popular de saúde, ligado ao Internato rural da UFMG, o que nos ajudou a compreender a teoria de Augusto Boal em seu teatro do oprimido e o método de Paulo Freire em ligar educação com as práticas populares.

De 07 à 09 de Fevereiro de 1980 foi criada a Articulação Nacional dos Movimentos Populares e Sindicais – ANAMPOS, que deu uma propulsão aos Movimentos já existentes tipo a Pastoral da juventude, Ação Católica Operária, A Juventude Universitária católica, a Juventude Operária Católica – JOC, a Pastoral Operária, Sindicatos de trabalhadores e movimento de lutas contra a carestia.

A Anamos destinava congregar, em caráter suprapartidário e supraconfessional, militantes e entidades identificadas com as aspirações libertárias expressa no documento de Monlevade. Esse documento crítico ao modelo econômico da ditadura enfatizava o repúdio as multinacionais, ao arrocho salarial. Ao barateamento da mão de obra pela extinção da estabilidade no emprego, ao mercado de produtos sofisticados e à concentração de renda. Denunciava naquele momento o suporte ideológico da Doutrina de Segurança Nacional e já lamentava que “grande parte da intelectualidade brasileira, desvinculada da política social das classes populares, foi facilmente cooptada pelo regime”.

Desta trajetória nasceu um vigor para ir as ruas protestar contra as barbaridades cometidas pelos governos da ditadura e surgiram deste processo várias entidades que atualmente tem peso político como a o Movimento Popular de Saúde em 1980 em Minas Gerais, O Partido dos trabalhadores em 1980, o Movimento de Reintegração do Hanseniano – Morhan em 1981, a Organização Nacional dos Deficientes Físicos ONEDEF em 1981, Central Única dos Trabalhadores – CUT em 1983 e a Central dos Movimentos Populares – CMP em 1991. E que continuam sobrevivendo neste percurso de 32 anos.

Essa participação era feita na mais simples ideia política de voluntariado, ainda sem regulação legal, as pessoas faziam política desinteressadas, mas os Partidos Políticos e as agremiações a eles vinculadas é que faziam a disputa destas lideranças para serem suas células de bases para crescimento.

Cooptação assim como a prevista na carta de Monlevade, aconteceu até nos porões da ditadura, da repressão e da tortura quando se arrancava confissões e entrega de pessoas que a ditadura considerava subversivos.

O QUE MUDOU COM O TEMPO?

Justamente pelo método Paulo Freire em atuar na Educação Popular em Recife nos tempos de Miguel Arraes e por ter imprimido a pedagogia ligada profundamente a razão das pessoas e sua movimentação na sociedade, conquistamos um protagonismo público e ainda que se trabalhasse a relação educação em saúde, a população partia para outros caminhos, a exemplo da cultura popular no Vale do Jequitinhonha, dos Festivais de Música e canção deste mesmo Vale que deram uma linha libertária em relação aquilo que nos era imposto como padrão da ditadura, removendo esse entulho autoritário.

Hoje percebemos a necessidade de institucionalização de uma Política de Educação Popular em saúde como política não de governos e sim política sólida de estado, capaz de ser perene, duradoura, permanente, intersetorial e que alcance o máximo de pessoas e respeite suas diferenças locais regionais.

Para esta política que vem sendo gestada no Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde CNEPS criado na Secretaria Nacional de gestão estratégica e Participativa do Ministério da Saúde tem os eixos: **Participação, Controle Social e Gestão Participativa, Formação, Comunicação e Produção de Conhecimento, Cuidado, e Diálogos multiculturais e intersetorialidade.** A esperança de abranger as práticas populares de cuidado como fonte inesgotável de conhecimentos e trocas.

Neste ano estão previsto realizar os 6 seminários regionais e um Nacional, sendo eles o da Região Norte – em Belém; Região Nordeste I – Aracaju; Região Nordeste II – Fortaleza; Região Sudeste – Betim/Minas Gerais; Região Centro Oeste – Brasília; Região Sul – Porto Alegre.

Desta forma a participação está com os seus caminhos abertos para a sociedade e nesse momento a nossa ação vale muito mais que a omissão.

BIBLIOGRAFIA

BETTO, FREI. **A Mosca azul**. Rio de Janeiro, Rocco, 2006.

A conjuntura histórica da participação e das lutas populares – análise coletiva

Coordenador: Marcio José Villard Aguiar

debatedores: Selvino Heck, Eni Carajá e Gislei Siqueira Knierim

A 7ª Roda de Conversa do V ENEPS *Conjuntura histórica da participação e das lutas populares - análise coletiva*, objetiva contextualizar e resgatar o processo social de participação popular e o fortalecimento destas práticas nas últimas décadas, também, destacando os referenciais políticos e ideológicos que contribuíram na construção e implementação de programas e políticas públicas de relevância social, principalmente, no campo da saúde pública.

A proposta metodológica desta Roda é fomentar o debate circular (participação plena) a partir da trajetória histórica e das experiências vivenciadas pelos 3 (três) debatedores convidados e suas memórias na atuação e no engajamento a partir da participação popular em lutas sociais (bandeiras). A proposta da coordenação (facilitação) da Roda é também, facilitar o debate para uma reflexão a partir da experiência atual na construção e implementação política atual de Educação Popular e Saúde a partir do Comitê Nacional de Educação Popular e Saúde (CNEPS) instituído em 2010 a partir de esforços da Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde e com aval técnico do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Nesta perspectiva buscaremos um debate e intercâmbio mais dinâmico, privilegiando, relatos de experiências, vivências criativas, interações político-sociais e provocações conjunturais e construtivas entre todos os integrantes da Roda. Também será proposto aos participantes a auto-indicação de observadores voluntários para contribuir com a coordenação da Roda na ativação e provocação de todos a partir das falas e das contribuições dos debatedores convidados. Esperamos que esta Roda de Conversa resgate com todos, também, a trajetória da participação dos coletivos populares na ampliação e o fortalecimento das práticas populares de saúde e no processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil considerando, também, as políticas públicas preconizadas por governos recentes e as suas propostas de gestão popular e participativa.

A dinâmica proposta pela coordenação é de promover uma ampla reflexão a partir da conjuntura histórica apresentada e articulada com a trajetória vivenciada pelos Movimentos Locais, Regionais e Nacionais e uma breve análise e avaliação dos resultados, garantias e direitos conquistados a partir da participação, do exercício democrático, do diálogo e da promoção da equidade junto as desigualdades sociais e a diversidade de discursos políticos hoje, também, legitimada por Movimentos de Lutas.

Nossa intenção é facilitar e potencializar o diálogo a partir de provocações coletivas (ativação) de forma a propiciar um debate reflexivo, plural, ideológico e atual, sobre as práticas e saberes da participa-

ção social brasileira no processo de construção de Lutas e de Movimentos comprometidos com processos de mudanças para uma sociedade mais justa e de direitos para todos.

REFERÊNCIAS

GADOTTI, Moacir & Torres, Carlos Alberto (orgs.). *Educação Popular: utopia Latino-americana*. São Paulo: Cortez/edusp, 1994.

CHAUÍ, Marilena de Sousa. *O que é Ideologia?*. São Paulo, Brasiliense, 1983.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou Comunicação? Pedagogia do Oprimido*. São Paulo, Paz e Terra, 1981. Educação como prática de liberdade.

OLIVEIRA, Rosiska Darcy de. *Os movimentos Sociais reiventam a educação*, in Educação e Sociedade, nº 8, Pão Paulo, Cortez editora, 1981 p. 57.

ARANTES, Antonio Augusto. *O que é cultura popular?*. O poder nº 24 de coleções primeiros passos.

PARTICIPAÇÃO E LUTA: A CONQUISTA DE DIREITOS

Selvino Heck

*Assessor Especial da Secretaria Geral da Presidência da República
Coordenador do Departamento de Mobilização Social e Educação Popular*

1. ELEMENTOS HISTÓRICOS

No Brasil e na América Latina, a luta emancipatória tem suas raízes em ações de resistência e reivindicativas que aconteceram num sistema sócio-econômico altamente excludente, de profundas desigualdades sociais e práticas discriminatórias em relação à maioria da população, sem esquecer que os Estados são historicamente oligárquicos e autoritários. Por isso, no período colonial, as principais mobilizações populares foram de rejeição, negação e afastamento dos sistemas de exclusão social, como os movimentos messiânicos, os separatistas, a formação de quilombos e a resistência indígena.

As primeiras ações coletivas de caráter reivindicativo, especialmente a partir do início do século XX, surgem de forma muito acanhada, com operários, camponeses, indígenas, comunitários cristãos, etc. “Apenas em meados do século XX, as contestações populares assumem um caráter mais politizado, com relativa crítica e autonomia em relação ao Estado, exercendo pressão política para transformações na estrutura social, como as Ligas Camponesas e os movimentos comunitários ligados à Teologia da Libertação, em vários países latino-americanos e, já nas décadas de 1970-1980, o novo sindicalismo e vários ‘novos movimentos sociais’ na América Latina. Com o processo de democratização, desenvolve-se um movimento cidadão que vai reivindicar a regulamentação ou a criação de novos direitos: civis, políticos, sociais, culturais, étnicos, de gênero e ambientais.

Neste contexto e conjuntura, houve no Brasil as grandes mobilizações sociais e articulações de movimentos e organizações da sociedade civil pelas Diretas-Já e, derrotadas estas, pela Assembléia Nacional Constituinte, que acabou aprovando a Constituição Cidadã, um marco de envolvimento da sociedade e de construção social e coletivas de direitos e de consolidação da República e da democracia brasileira.

Já no final do século XX e início do novo milênio, as organizações da sociedade civil e os movimentos sociais passam a valorizar cada vez mais formas de participação institucional (audiências públicas, assembleias e conferências políticas, fóruns, conselhos setoriais de políticas públicas, orçamento participativo, Agenda 21, etc.). Tais organizações percebem, nesses espaços, a oportunidade do exercício do ‘controle social pela cidadania’, considerado como um meio político adequado e legítimo para a expansão da democracia. Simultaneamente, alguns desses movimentos defendem e realizam uma resistência política mais ativa (ocupações de terra, bloqueio de estradas e ocupação de espaços públicos e de empresas, especialmente transnacionais consideradas nocivas ao meio ambiente ou à participação social dos excluídos na produção social da riqueza, e outras formas de intervenção com impacto político). Essa última

tendência percebe, nessas formas de resistência, as possibilidades de atuação para ‘um novo projeto de nação’ (Redes de Movimentos Sociais na América Latina: caminhos para uma política emancipatória?, Ilse Scherer-Warren, Conferência apresentada em julho/2008).

“A sociedade civil organizada do novo milênio tende a ser uma sociedade de redes organizacionais, de redes interorganizacionais e de redes de movimentos e de formação de parcerias entre as esferas públicas, privadas e estatais, criando novos espaços de governança com o crescimento da participação cidadã. As redes de movimentos sociais possibilitam, nesse contexto, a transposição de fronteiras **territoriais**, articulando as ações locais às regionais, nacionais e transnacionais; fronteiras **temporais**, lutando pela indivisibilidade de direitos humanos, representados por diversas gerações históricas destes e de suas respectivas plataformas; fronteiras **sociais**, em seu sentido amplo, compreendendo o pluralismo de concepções de mundo dentro de determinados limites éticos, o respeito às diferenças e a radicalização da democracia através do aprofundamento da autonomia relativa da sociedade civil organizada. Esta é a nova utopia do ativismo: mudanças com engajamento com as causas sociais dos excluídos e discriminados e com defesa da democracia na diversidade” (Das ações coletivas às redes de movimentos sociais, Ilse Scherer-Warren, 2006).

OS TEMPOS ATUAIS

Na última década, anos 2000, vivemos um momento de alteração profunda na estratificação social brasileira. Essa mudança resulta da ascensão da base da pirâmide social. “Mas o brasileiro que ascendeu socialmente nos últimos anos é muito heterogêneo. Boa parte é urbana, mas tem grupos com origem rural. Se você pegar o Norte e o Nordeste, quem ascendeu foi o brasileiro de baixa escolaridade, não branco, que migra para a Região Metropolitana. Se você pegar o Sul e o Sudeste, o movimento é outro: há mais brasileiros brancos, pessoas com mais escolaridade, com concentração nas cidades médias. O fenômeno é menor nas grandes cidades. A ascensão social de hoje é muito mais assentada no trabalho. O emprego é que está movendo a estrutura da base da pirâmide social. Os programas sociais são importantes, evidentemente, mas o grosso do recurso que promove a mudança dá-se por meio do emprego, do salário mínimo” (Entrevista de Márcio Pochmann ao Blog do Zé Dirceu, janeiro/2012).

Esse segmento tem renda relativamente baixa, pouca escolaridade, ocupação em serviços e não tem ativos. A classe média em geral tem ativos, propriedades. Estabelecer um conceito de classe média empobrece a visão sobre a transformação do Brasil. O segmento que ascendeu está fortemente mobilizado pelos valores mercantis, o que é natural. É o consumismo, o individualismo. Entende que essa ascensão é fruto de seu esforço individual e não que é resultado de uma política. Não há uma politização.

“(Esse grupo emergente é) como um alargamento da classe trabalhadora, com valores individualistas. São novos segmentos de trabalhadores que emergem num processo despolitizado. Ao mesmo tempo, isso reflete a baixa capacidade das nossas instituições. O ProUni tem 1 milhão de novos estudantes, a maioria de baixa renda. Esse segmento não entrou para o movimento estudantil. A sindicalização é

baixa. As pessoas desse grupo são orientadas pelo mercado, favoráveis ao crescimento, mas extremamente conservadoras em valores, favoráveis à pena de morte, por exemplo. É uma transformação social desacompanhada da política com ‘P’ maiúsculo, o que é problemático para um país que não tem cultura democrática. São esses os segmentos que vão liderar o Brasil nas próximas décadas.

Esses milhões de brasileiros que emergiram não encontram uma estrutura institucional de representação dos seus interesses. É importante que os sindicatos, as associações de bairros, os partidos políticos identifiquem como construí-la para este novo segmento, porque ele poderá inclusive liderar a maioria política da organização nos próximos anos. A discussão de classe média envolve uma outra questão importante: qual é o papel do Estado que queremos. Onde e como o Estado vai atuar mais. Se oferecendo serviços de boa qualidade a todos, ou se garantindo recursos para que o cidadão de classe média os compre diretamente” (Entrevista de Márcio Pochmann).

DESAFIOS E FUTURO

Neste contexto cabem a pergunta e reflexão do ministro Gilberto Carvalho, na abertura do Encontro Nacional da Rede de Educação Cidadã – RECID - (março/2012): “Para onde vai o país? Para onde vai o Projeto? Qual o destino dessa sociedade do ponto de vista dos seus valores, do ponto de vista da sua relação com o outro, da sua relação social, da sua relação com a natureza e com o próprio conceito de desenvolvimento? Esses quarenta e tantos milhões de brasileiros que estavam na exclusão e que, graças às políticas muito corretas, começam a se incorporar ao consumo, a ter direitos que antes lhes eram negados, serão apenas novos consumistas? Pessoas que vão depredar a natureza, que não levar em conta a vida em sociedade, ou serão pessoas que serão desafiadas e convidadas a ter uma vida em solidariedade, em fraternidade, pensando na construção de um novo modelo de sociedade no Brasil?”

Há grandes desafios, ante os avanços e conquistas dos movimentos sociais dos últimos anos, os trabalhadores como sujeitos de direitos, protagonizando políticas públicas com participação social e popular, cidadãos não apenas com direito ao voto, mas também a vez e voz pela primeira vez na história do Brasil.

Movimentos sociais, antigos e novos, movimento sindical, ONGS, Redes e articulações como a Rede de Educação Cidadã (RECID) e ANEPS, pastorais atuam com estas famílias e populações, buscando despertar sua consciência cidadã para a participação em movimentos de reivindicação de direitos, ampliando sua visão de mundo, envolvendo-se num projeto maior de transformação da sociedade. Não existem mais apenas o MST, a CUT e outras organizações tradicionais trabalhando a organização popular e a conscientização. Há os movimentos e redes na área da saúde, as organizações de catadores e recicladores, as redes de economia solidária, os movimentos de trabalhadores desempregados, os movimentos de direitos humanos, de mulheres, de jovens.

São forças novas, com formas de organizações diferentes das tradicionais que se formaram nos anos 70, as dos operários das fábricas, agricultores familiares e funcionários públicos, através de sindi-

catos e centrais sindicais. Sua organização em geral ainda é relativamente frágil, embora sejam milhões. Precisam construir um sentido comum de luta e força política com identidade política, social e cultural. Não serão os governos os principais ou únicos responsáveis a lhes darem organicidade coletiva. Os governos podem contribuir, abrindo oportunidades, se não temerem o quilombola e o indígena organizados, as mulheres da economia solidária exigindo direitos, os jovens exigindo espaço e oportunidade, as parteiras buscando reconhecimento. Os pobres e trabalhadores acharão, e estão achando, com autonomia, os caminhos de sua auto-organização.

Movimentos estudantis em saúde e Educação Popular: uma união que cria possibilidades

Arnildo Dutra de Miranda Júnior

Quando se fala em movimento estudantil, prontamente se pensa na União Nacional dos Estudantes (UNE), nas executivas nacionais de curso, nos centros e diretórios acadêmicos. Sem dúvidas, esses são espaços de movimentação estudantil, contudo a organização dos estudantes não se limita a ambientes determinados, muito menos a estruturas políticas.

O movimento estudantil está presente em qualquer aglomerado de estudantes que deseja algo e se mostra com organização e com vontade de conseguir o que quer, seja uma sala de aula em condições para o aprendizado, seja uma mesa de sinuca para a área de convivência, seja um mundo melhor. Todo movimento estudantil se baseia na inquietação que existe dentro de cada estudante.

Dessa inquietação que, em 2010, surgiu, na Universidade Federal do Rio Grande (FURG), a Liga de Educação em Saúde (LES). Uma iniciativa, de alguns estudantes do primeiro ano do curso de medicina movidos pela vontade de mudança da forma de se pensar e ensinar medicina, que juntamente com um professor iniciaram esse projeto. Não satisfeitos apenas com a abordagem biologicista das doenças nas mais variadas disciplinas, eminentemente teóricas, da grade curricular e inconformados com a complexa realidade social vivenciada nas poucas disciplinas prática do ano, esse grupo de estudantes, se uniram para refletir e buscar compreender de forma integral (biopsicossocial) as pessoas que buscam o cuidado médico.

Nesse caminho é que se conheceu a Educação Popular: uma teoria da educação, sistematizada por Paulo Freire, que veio ao encontro da inquietação vivenciada pelo grupo. O desejo era de ouvir mais do que falar, já havia teorias suficientes de porque os pacientes não aderiam ao tratamento, de porque a saúde pública passa por tantas dificuldades, mas em poucos momentos do curso havia espaço para que os estudantes pudessem experimentar a realidade e tentar compreendê-la.

A LES veio, nesse sentido, na tentativa aliar a prática e a teoria, propondo um constante movimento de ação e reflexão, não distanciando uma da outra, por acreditarmos que são complementares e só a união das duas permite a melhor compreensão da realidade. Para que chegássemos nesse equilíbrio, organizamos a LES em dois momentos: um teórico que se discutisse textos sobre Educação Popular entre os integrantes da LES e outro prático em que se realizassem encontros para conversar sobre saúde com as comunidades. O primeiro local escolhido para prática foi a escola Centro Integrado de Atenção a Criança (CIAC), e o ensino de Jovens e Adultos (EJA), por suas atividades serem desenvolvidas em horário compatível com a grade curricular.

Foram necessárias criatividade e ousadia para que os encontros de discussão sobre saúde dessem certo. Nesses eram realizadas rodas de conversa em que tentávamos ser o mais informal possível, não

utilizávamos slides de apresentação, mas cartazes que iam sendo elaborados por todos os participantes durante os encontros. Além disso, sentávamos no mesmo espaço, com os estudantes de medicina entremeados pelos do EJA, para que não houvesse diferenciação entre nós.

No primeiro encontro, para propor a discussão, pensamos em questionar os estudantes do EJA sobre o que é saúde e porque eles iam ao médico. No início foi fácil, contudo no meio do encontro começaram os questionamentos de certa forma em tom hostil: *“porque vocês querem ser médicos, porque estão aqui?”*, *“Vocês querem ser bons profissionais ou só pensam em ganhar dinheiro?”*. Juntamente com as provocações vinham as histórias dos dissabores já vivenciados, como se nós fossemos os culpados por tais experiências: *“É fácil ser médico eles nem olham para nós, só escrevem num papel e acham que resolveram tudo”*. *“Um dia eu estava com a minha sobrinha morrendo de dor de garganta e com febre e o médico estava rindo e tomando café”*.

Nesse momento a reavaliação da prática foi fundamental, porque foi estudando mais sobre educação popular e sobre dinâmicas de grupos, que percebemos o distanciamento que havia entre nós, integrantes da LES, e os estudantes do EJA, apesar de lutarmos para que não houvesse isso. No próximo encontro, fomos com o propósito de mostrar a essência dos seres humanos que estavam lá como estudantes de medicina. Perguntamos o que cada um mais gostava de fazer e, quando nós, os “doutorzinhos”, falamos que, assim como eles, gostávamos de dormir, de ouvir música, de assistir a novela, chegamos à conclusão que todos tínhamos muito em comum. Como mostra o relato de uma colega integrante da LES: *“Foi bem importante perceber similaridades e diferenças entre ‘nós’ e ‘eles’ para, por fim, percebermos que não existe essa distinção”*. Com essa “troca de intimidades” conseguimos desenvolver uma ligação entre os integrantes daquele grupo, que a cada reunião ia se aprofundando, permitindo, assim, um diálogo mais profundo sobre saúde.

As dificuldades iniciais foram vencidas, mas, no decorrer de dois anos de projeto, surgiram muitas outras, todas elas superadas coletivamente, com dedicação e muita reflexão sobre a teoria e a prática.

A partir dessa experiência acreditamos ser possível afirmar que a união do movimento estudantil e da Educação Popular, abre novas possibilidades, desamarrando velhos dogmas e colocando todos na roda para discutir novas possibilidades de encontro e de conhecimento. Foi a partir desse cruzamento da inquietação estudantil com o contato com a micropolítica das comunidades, que despertou o interesse de alguns integrantes das LES em participar das problematizações da universidade e da sociedade, passando a se organizar no diretório acadêmico do curso, buscando melhorias no currículo e mais inserção na comunidade durante o curso, lutando também, junto como diretório central dos estudantes, por reivindicações voltadas para a universidade e marcando participação nas discussões da executiva nacional dos estudantes de medicina batalhando por questões nacionais de saúde. Expandindo, assim, a discussão micropolítica proposta pela LES para muitas lutas macropolíticas importantes para a transformação da sociedade.

Movimentos estudantis em Saúde e educação Popular

Cezar Nogueira
CASCO/IESC/UFRJ

Ao longo da história contemporânea o Movimento Estudantil foi um dos precursores dos debates e reformulações das políticas sociais brasileiras. As ações encampadas pelo protagonismo juvenil foram relevantes para os rumos do desenvolvimento social brasileiro. Assim foi com a campanha “O Petróleo é Nosso” que culminou com a criação da Petrobrás ainda na década de 50; com as ações de embate a Ditadura Militar, mobilizadas por diversos setores e tendências estudantis possibilitando a conscientização nacional e a busca da retomada da democracia; nas lutas e embates pela Reforma Sanitária, e na construção política e social da 8ª Conferência, fornecendo o suporte necessário à reformulação das bases do Sistema de Saúde, e a conseqüente criação do SUS através da Constituição de 88; foi assim com juventude “Cara Pintada” que levou as ruas a campanha do “Fora Collor” propiciando o cenário social favorável a derrubada do então presidente acusado de corrupção.

É na herança desse histórico estudantil e popular que o Movimento Estudantil em Saúde e Educação Popular se insere, é com esse empenho e compromisso, de auxiliar e conduzir nas mudanças que a sociedade brasileira perpassa, que o protagonismo estudantil se diferencia dos demais movimentos sociais, e ao mesmo tempo objetiva os mesmo ideais: uma sociedade mais justa, igualitária, e de respeito às diferenças, onde todos e todas consigam ter educação de qualidade, segurança digna e políticas de saúde realmente eficazes e de direito.

Assim vem sendo com as diversas denúncias das mazelas que assolam a formação dos estudantes universitários _ em especial da área da saúde _ nas Universidades Públicas do Brasil, através da campanha “Salve o HU” que estudantes e militantes do Movimento Estudantil da Área da Saúde vem desenvolvendo. Porém, faz-se necessário fortalecer esta discussão, para que se enfrente o embate midiático que tenta deturpar o cenário atual, e a partir das reivindicações dos estudantes justificar a “privatização dos HU”, distorcendo o que realmente queremos: Hospitais Universitários com melhor qualidade e estrutura, com mais recursos e alicerçados pela autonomia universitária. E para isso é unânime no Movimento Estudantil a opinião de que a EBSEH não é a solução, nem tão pouco o caminho.

É importante frisarmos que as demandas atuais reorganizam o coletivo dos movimentos sociais, e se refletem de um acúmulo dos movimentos de educação popular. Lidar com as dinâmicas sociais e levar o conhecimento construtivo aos diversos atores que constroem essa sociedade no dia a dia são um desafio, e é com esse desafio que o movimento atual do “Salve o HU” esta lidando, para isso temos de compreender que o cenário atual não nós é favorável, porém também não é de todo desesperador.

Na opinião do historiador Renato Cancian, da Universidade Federal de São Carlos, o movimento estudantil sofreu uma inflexão no final dos anos 70, quando passou a ser liderado por militantes das

organizações de esquerda que priorizavam as reivindicações políticas em detrimento das demandas educacionais. Essa subordinação à agenda política conduziu aos protestos desse período em defesa das liberdades democráticas, mas provocou um longo refluxo, que persiste até hoje, em razão do distanciamento da maioria dos alunos (De Moraes Freire, 2008, p. 141).

Apesar do reflexo no espelho ainda se assemelhar com o desenhado por Cancian, o que observamos hoje é uma mudança qualitativa nas discussões a respeito do ensino na área da saúde, mudança essa já amplamente conhecida pelos Professores, Alunos e Diretores das Instituições de Ensino Superior Brasil a fora, e por que não dizer, dos inúmeros governos que se sucederam até os dias de hoje. O que diferencia o hoje do ontem, é que esta mudança vem sendo encampada por um coletivo estudantil da área da saúde com pouca influência dos vícios políticos do tradicional Movimento Estudantil, vícios esses reproduzidos pelo distanciamento apontado por Cancian das discussões e reivindicações das demandas educacionais.

Hoje quem vai as ruas lutar por uma educação de qualidade são jovens que nasceram e viveram nas duas últimas décadas onde a estabilidade política, o crescimento social e a realização do “sonho brasileiro” passaram a ser reais e possíveis. Realidade esta muito diferente da realidade de seus pais ou muitas vezes irmãos mais velhos que enfrentaram o fim da Ditadura, as “Diretas Já” e o “Fora Collor” nas ruas. Esses pais e irmãos mais velhos lutaram para construir uma cultura social do direito básico como princípio; da liberdade de opinião sem repressão; e da garantia (ou tentativa) de que este país, seus irmão mais novos, e seus filhos jamais passassem pelo que eles vivenciaram.

Os militantes de ontem precisaram se aproximar intrinsecamente das discussões da agenda política nacional, para assim garantir a continuidade e ampliação da educação pública e do ensino de qualidade. O que ficou na lacuna foram os anos pós “Fora Collor”, onde o sucateamento da educação pública de qualidade e a privatização do ensino superior foram às regras nos governos que sucederam o então Presidente deposto.

Os militantes de hoje, 20 anos depois, começaram a compreender que as lutas pelas demandas estudantis necessitam retornar a pauta, começaram a compreender a necessidade de um novo pacto social. A luta hoje _ dos diferentes movimentos sociais _ apesar de ainda fragmentada e guetizada, começa a se encontrar como que num caminho único. Em breve o que ocorre hoje com o Novo Movimento Estudantil, ocorrerá com os demais movimento sociais, pois todos perceberão que a luta que nos uni será a luta pela garantia dos direitos civis e sociais, será a luta pela garantia do que foi conquistado para nós, e que hoje é descaradamente ameaçado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/EBSERH. Perguntas e respostas sobre a Empresa Brasileira de Serviços hospitalares (EBSERH). Cartilha elaborada pelo Ministério da Educação, 2012. Disponível para Download em: http://www.huufma.br/site/noticias/mostra_noticia.php?id=941

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004**. 1.ed., 1.^a reimpr. □ Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHO, YARA MARIA DE; CECCIM, RICARDO BURG. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.149-182. (Saúde em debate, 170).

DE MORAES FREIRE, SILENE. Movimento Estudantil no Brasil: Lutas Passadas, Desafios Presentes. In: Revista Historia de la Educación Latinoamericana N°. 11, Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, RUDECOLOMBIA, 2008. pp. 131-146

O compromisso social e político do trabalhador do SUS enquanto trabalhador social

Cláudio Ferreira do Nascimento

O desejo de participar de um processo formativo que abrisse a possibilidade de reflexão/ação sobre um dos componentes essenciais do discurso e da prática do cuidado em saúde, no caso, a inter-relação entre sujeitos sociais e políticos em ação comunicante compromissados com a conquista da qualidade de vida individual e coletiva a partir da realidade das ações de saúde produzidas no território foi uma das minhas principais motivações para em 2011 participar da seleção para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza (RMSFC).

Em 2009, participei de outro processo formativo, no caso a Especialização em Saúde da Família e Comunidades, que me trouxe a possibilidade de refletir coletivamente sobre alguns aspectos que, do meu ponto de vista, se apresentam como centrais nos processo de produção ampliada de saúde, no caso, os mecanismos de participação social e política das comunidades social e economicamente excluídas.

A imersão no território revelou-me que a intervenção do trabalhador social em geral e do trabalhador da saúde em específico exige da parte deste, como pressuposto essencial, um posicionamento político consciente. Defendo tal condição apoiado nas palavras de Paulo Freire (1987) de que, “o trabalhador social não pode ser um homem neutro frente ao mundo, frente à desumanização ou humanização, frente à permanência do que já não representa os caminhos do humano ou à mudança destes caminhos (...) Em suma, ou o trabalhador do SUS enquanto trabalhador social adere à mudança que ocorre no sentido da verdadeira humanização do homem ou fica a favor da permanência. Sua condição de homem obriga-o a decidir-se.

Acredito que possivelmente esteja aí a tarefa principal do processo formativo do trabalhador do SUS, a compreensão de que a transformação social é uma exigência do trabalho social. A dura realidade de vida das pessoas que procuram os serviços de saúde para “descarregarem” a chaga dolorosa da opressão social deste modelo de sociedade, as marcas nos corpos daqueles que carregam o peso da indignidade e da injustiça, a dor da desesperança ante as misérias de um mundo que tem nos privilégios de uma minoria e na desonra da maioria sua expressão mais vívida, todas estas são questões que não estão, nem poderiam estar no horizonte de ação do trabalhador social enquanto homem neutro.

Apesar de todos os avanços do SUS enquanto política pública, desde o seu reconhecimento como tal até o desenvolvimento de seus mecanismos de atenção humanizada, apesar disso o discurso produzido no interior do SUS ainda não conseguiu reconhecer nem apontar alternativas ao processo de formação do trabalhador social com vistas à superação das limitações da ação “social e politicamente conformadora” do trabalho em saúde. No máximo, são enfatizadas a necessidade de se preparar o trabalhador para o enfrentamento das “necessidades do mercado de trabalho” do setor saúde, de uma realidade de trabalho

que precisa levar em conta a complexidade do meio social onde vive a camada marginalizada da população, mas pouco se fala a respeito da necessidade de se guarnecer este trabalhador social de instrumental teórico e prático minimamente necessário para a reflexão crítica e a ação transformadora desta realidade.

A maior exigência recai então sobre a formação de atores sociais com uma nova mentalidade e com capacidade de cumprir diferentes papéis sociais, mas dentro da lógica capitalista. Neste contexto, as propostas mais avançadas apontam no sentido do reconhecimento da função histórico-política do trabalhador de resgatar, do processo histórico de construção social da saúde, os conhecimentos, êxitos e fracassos da humanidade em sua luta pela cidadania e bem-estar. Bem como de garantir a valorização dos diferentes conhecimentos como instrumento de denúncia e promoção da mobilização crescente da sociedade na realização do seu potencial de saúde e exercício do direito de cidadania.^[2]

Do meu ponto de vista, esta reflexão sobre formação do trabalhador do SUS e para o SUS apresenta como exigência prévia a efetivação do discurso e da prática da atenção à saúde enquanto práxis, ou seja, como atividade de transformação das circunstâncias e de seus determinismos sobre a teoria (formação das idéias, vontades, teorias, desejos) e sobre a prática (criação de novas circunstâncias). A práxis do cuidado em saúde deve apresentar então necessariamente um sentido revolucionante, como atividade teórico-prática em que a teoria se modifica constantemente com a experiência prática, que por sua vez é modificada constantemente pela teoria, e revela, para, além disso, a necessidade de compreensão desta relação em conexão com a idéia de construção de uma sociedade sem exploração.

Os mecanismos para se garantir uma práxis revolucionante, muitas vezes se chocam com o caráter institucionalizado das práticas de saúde e com as dificuldades inerentes ao processo formativo dos trabalhadores. Acredito que o desafio de se garantir atenção à saúde à maioria marginalizada da sociedade, longe de se resumir ao ato concreto de superar as deficiências de caráter gerencial ou técnico, deve necessariamente envolver a possibilidade de transformação desta realidade sócio-econômica estabelecida pelo modelo capitalista e que, cotidianamente, tem nos processos de assistência à saúde, espaço privilegiado de reprodução de práticas autoritárias, de dominação e opressão.

O Sistema Único de Saúde (SUS) carrega em si contradições decorrentes de sua constituição como política de Estado. O caráter de Política Pública “em construção” do SUS, não muda o fato de que ele representa em última instância mecanismo de manifestação e ação do aparelho estatal e de que é o Estado produto do antagonismo inconciliável das classes sociais.^[3]

Por outro lado, o caráter contraditório de se ter uma política de Estado, ou seja, um instrumento institucional normativo, mas que apesar disso ainda carrega fortemente um caráter imanente instituinte revela uma faceta do Sistema Único de Saúde que impulsiona a reflexão crítica. Aliás, talvez esteja exatamente nas contradições do SUS, as razões de sua vitalidade. O fato de se apresentar como modelo institucionalizado a ser socialmente seguido e, ao mesmo tempo, como política social com caráter contra-hegemônico ao sistema econômico capitalista, confere ao SUS uma aura de construção perene, de reconstrução, de mudança. Ainda nos dias de hoje, este modelo de atenção á saúde teima em resistir

aos constantes ataques dos defensores da mercantilização da saúde e do avanço privatista, revelando com isso, de certa forma, o entranhamento de suas diretrizes políticas no seio das lutas populares por justiça e dignidade e a conjunção de seus objetivos com o espírito de homens e mulheres que percebem na sua defesa, a garantia de uma conquista social que concretamente fortalece a luta por justiça social.

A Residência Multiprofissional traz, enquanto processo formativo, alguns diferenciais em relação aos outros modelos de pós-graduação para a área de saúde em geral e para o SUS em específico. Uma delas é a disposição de atuar nos cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do território outra é a proposta formativa baseada na concepção ampliada de saúde, ou seja, compreendendo os diversos aspectos da vida que repercutem nas condições de saúde da população como a inserção no meio social, o lazer, a alimentação, a moradia e renda, as condições dignas de trabalho, o acesso a serviços de saúde de qualidade e a ausência de violência, assim como fatores como raça, etnia e situação de pobreza que realçam as desigualdades, as iniquidades sociais e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, considerando o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural.

A Residência Multiprofissional traz em seu bojo princípios que fomentam a valorização destas potencialidades no sentido de facilitar o enfrentamento dos desafios anteriormente elencados, como por exemplo, a instrumentalização de uma abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais. O uso de estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar; a integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários; a integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde e o estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS.

A compreensão crítica, pelo trabalhador do SUS, enquanto trabalhador social, das contradições do capitalismo, deve levar em conta não somente a percepção do caráter complexo das relações de dominação e opressão social, mas principalmente, deve ser instrumento potente de impulso deste trabalhador nos processos de luta implicada e solidária na defesa dos interesses das classes populares. No processo dialético da estrutura social, não pode “ser o trabalhador social, como educador que é; um técnico friamente neutro. Silenciar sua opção escondê-la no emaranhado de suas técnicas ou disfarçá-la com a proclamação de sua neutralidade não significa ser neutro, mas, (...) trabalhar pela preservação do status quo”.

REFERÊNCIAS:

- [1] FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Trad. Moacir Gadotti e Lílian Martin. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- [2] PAIM, Jairnilson S. e ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316 1998.
- [3] LENIN, Vladimir I. **O Estado e a revolução**: o que ensina o marxismo sobre o papel do Estado e o papel do proletariado na revolução. São Paulo. Expressão Popular, 2007.

Movimentos estudantis em Saúde e educação Popular

Magda Guimarães de Araujo Faria - Coordenadora

Historicamente, os movimentos estudantis são lembrados quando relacionados a grupos do ensino superior engajados em lutas políticas e sociais que perpassam das manifestações contra violência até paralisações por melhores condições de saúde e ensino para a população. Entretanto, os movimentos estudantis são na verdade inquietações socializadas entre os estudantes, onde posteriormente estes se mobilizarão para o alcance de soluções para o problema original.

Pode-se afirmar que a essência do movimento estudantil possui forte herança das bases conceituais da educação popular, citando-se como exemplos, a formação de uma identidade coletiva dos sujeitos, assim como a construção compartilhada de uma reivindicação a partir de perspectivas individuais do mesmo problema.

No campo da saúde, a educação popular possui um significado ímpar para o fortalecimento dos movimentos estudantis. Observam-se inúmeros exemplos em todo o país, de jovens estudantes que questionam a dinâmica das atividades educativas em saúde, sobretudo daquelas realizadas sob o olhar fragmentado da lógica biomédica.

Busca-se então, que ainda na graduação os estudantes consigam identificar o valor do conhecimento popular e o quanto este reconhecimento pode ser benéfico para as relações estabelecidas entre profissional-paciente. Nesse sentido, a mudança da essência das práticas educativas em saúde traduz-se na necessidade de reposicionar os principais envolvidos neste processo.

Dessa forma, pode-se afirmar que cabe ao estudante questionar, refletir, sensibilizar e agir para que através deles, sejam reconhecidas futuras práticas de saúde baseadas nos preceitos da educação popular. Além disso, é importante que os futuros profissionais compreendam sua importância no destino das práticas em saúde e, que estes comecem a reconhecer-se como sujeitos de um cenário político-social.

Neste sentido, estamos apresentando nossa roda “Movimentos estudantis em Saúde e educação Popular” que convida a estudantes, professores e toda a população a refletir juntos sobre questões de grande importância; 1. Qual a importância da mobilização estudantil para questões da saúde? 2. Como realizar ações baseadas na educação popular ainda na graduação? 3. Como sensibilizar outros estudantes sobre a valorização do saber do outro, ainda que se trate de um saber não científico?

“A Pacha Mana tá revoltada, a Rio + 20 deu em nada”.

Carla Moura Pereira Lima

Este grito de luta, puxado pelo grupo feminista “As panteras”, tão exaustivamente repetido por nós no encerramento da Cúpula dos Povos, parece uma síntese adequada das análises acerca dos resultados da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, do ponto de vista dos movimentos sociais aliados as lutas populares pelos direitos dos povos e da biodiversidade.

Encontra-se inserido na presente reflexão o dever de denunciar a farsa midiática que foi a realização dessa Conferência no Rio de Janeiro, plenamente retratada no seu documento final. É fundamental para a composição de uma análise possível partindo do título dessa mesa que iniciemos pela discussão do que significa falarmos em “modelo de desenvolvimento”, ou seria melhor “modelo desenvolvimentista” que ainda confunde-se com o providenciar de infra-estrutura necessária para a aceleração do crescimento econômico das classes dominantes, atualmente encarnadas em grandes conglomerados de empresas transnacionais.

Com toda a movimentação em torno da Conferência para o Desenvolvimento Sustentável, parece que a confusão gerada no imaginário da população pela grande mídia facilitou a impressão de que novidades como “Economia Verde”, são benéficas em si.

Economia Verde é um termo utilizado para obscurecer o debate sobre a injustiça sócio-ambiental que o capitalismo vem produzindo. São os pobres os que sofrem muito mais com o modelo de desenvolvimento capitalista que visa maximizar os lucros do capital, agora estendendo seus tentáculos para a biodiversidade. A Economia Verde transforma em números tudo o que há no planeta como recurso a ser explorado. Pode ser traduzida como a “financiarização” dos recursos ambientais, ampliando infinitamente as possibilidades do capital se apropriar livremente dos recursos do planeta.

Com o avanço do capitalismo observa-se também a intensificação da destituição dos direitos sociais e ambientais. Assiste-se a uma privatização inédita na história da humanidade das bases materiais da existência, com a venda do direito de poluir e destruir tudo: o ar, as águas; as florestas; os animais; como também os seres humanos em situação de maior vulnerabilidade socioambiental. Essas são as primeiras e maiores vítimas. Mas como a Terra, entendida como Nau Única, na qual todos os seres viajam e habitam, não é mercadoria e muito menos descartável, não há em última análise, quem possa escapar das conseqüências do atual modelo de desenvolvimento, que é insustentável. Portanto, trabalhar para a sustentabilidade desse modelo de desenvolvimento seria necessariamente contribuir para a insustentabilidade da justiça ambiental e da garantia do direito a saúde e a qualidade de vida de todas e todos. Lutar para encontrar formas de reapropriação das bases materiais do planeta não se encontra separado da luta por alternativas anti-capitalistas.

Paulo Freire escreveu de diversas formas que toda denúncia precisa vir acompanhada por um

anúncio, que alimenta a utopia. Define Utopia como “dialética entre o ato de denúncia do mundo que se desumaniza e anúncio do mundo que se humaniza” (GADOTTI, 1996).

Tantos são os desafios para o ambiente e para a saúde das populações mais vulneráveis, quanto as possíveis soluções para tamanhos impasses gerados pelo modelo de desenvolvimento predatório e autofágico vigente.

Problemas complexos como os que envolvem saúde e ambiente desafiam a criação de “comunidades ampliadas de pares” (FUNTOWICZ&RAVETZ,1997) nas quais todas e todos envolvidos direta e indiretamente com a questão colaborem no diálogo com suas experiências, dores, saberes, sentimentos, ressentimentos, temores, racionalizações e intuições na busca de formas mais humanas e democráticas de bem-viver, de acordo com as culturas, necessidades e desejos dos povos.

Sem deixar de reconhecer a importância e legitimidade de lutas locais, cada vez aponta-se para a necessidade da convergência de lutas específicas para lutas maiores, que agreguem mais movimentos, vítimas atingidas e seus aliados, se fazem urgentes, tendo em vista a emergência dos tempos vividos.

Neste sentido, a proposta da Cúpula dos Povos que consistiu em iniciar a composição de agendas dos movimentos sociais em torno de lutas mais amplas, envolvendo atores sociais de diversos países, apresenta-se como um método de ação para além dos grandes encontros como o Fórum Social Mundial. A unificação de lutas tornou-se um imperativo para o enfrentamento do avanço do capital, com a anuência dos estados neoliberais, “mínimos para os pobres e máximos para as elites”, em direção a um outro projeto civilizatório.

Pacha Mama é o nome da máxima deidade dos Andes peruanos e também utilizado comumente como sinônimo da “Mãe Terra”. A denúncia metafórica da sua revolta no final da Rio + 20 não pode ser motivo de desânimo. Pelo contrário, precisa reforçar as energias para as muitas lutas que se seguirão após o fim da Cúpula dos Povos, algumas descritas a seguir:

Auditorias integrais, financeiras e ecológicas das dívidas dos países em desenvolvimento;

- Criação de metodologias próprias dos movimentos sociais para a valoração dos impactos sociais e ecológicos dos grandes investimentos e megaeventos;
- Proibição da geoengenharia;
- Defesa da sobrevivência das florestas, pois monocultivo não é floresta;
- Fortalecimento dos grandes espaços de convergência dos movimentos sociais;
- Integração das agendas de luta urbanas e rurais;
- Reconhecimento de que a Economia Verde serve a ditadura do capital e é um golpe de Estado financeiro;
- Eleição de agendas comuns a partir de lutas locais. Lutas articuladas em campanhas;
- Não a Economia Verde e sim a Soberania Alimentar;

Para terminarmos como começamos, fica a declaração de que juntos e organizados, os movimentos sociais e demais atores sociais que aderirem as lutas serão cada vez mais fortes e como dizia o refrão

da “esperança que marcha”, ou seja, a Marcha dos Movimentos Sociais durante a Cúpula dos Povos: “nem a chuva e nem o vento vão acabar com o nosso movimento” e “não esqueça, com certeza, só peixe morto vai a favor da correnteza”.

Do muito que fazer, junto com o muito refletir, pode restar a consciência de que, a única certeza que temos com relação ao futuro é a de que nem tudo está perdido, talvez muito se possa salvar, se a gente se fortalecer e lutar.

REFERÊNCIAS:

GADOTTI, Moacir (Org). Paulo Freire, uma biobibliografia. Gadotti, M. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire ; Brasília, DF ; UNESCO, 1996. p. 732.

FUNTOWICZ, Silvio; RAVETZ, Jerry. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, Oct. 1997 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 01 July 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701997000200002>.

Educação Popular e democracia na formação profissional a partir da extensão universitária – um encontro possível

Camila Zamban de Miranda

A extensão universitária na perspectiva da Educação Popular, ou como chamamos a Extensão Popular, tem como características fundamentais o diálogo horizontal que perpassa toda a construção e a caminhada das ações, valorizando os saberes envolvidos, tanto o acadêmico quanto o popular. Essa extensão quando realizada tem a potencialidade de mudança dos paradigmas de construção de conhecimento da universidade, podendo impactar nesse processo como um todo.

Em 2008, com a criação de cotas raciais para o acesso à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foram criadas 10 vagas anuais para as comunidades indígenas do estado, nos cursos que elas próprias considerassem importantes. Esta entrada na UFRGS de estudantes indígenas causou grande repercussão dentro dos setores reacionários da instituição, que não conheciam nem compreendiam esta cultura, o que, por consequência, causou grande sofrimento para os próprios estudantes. No ano de 2009, o segundo estudante indígena que ingressou no curso de medicina foi hostilizado por alguns professores e colegas, incluindo manifestações preconceituosas sobre suas origens e sua língua, como por exemplo, a revolta da professora que realizou a matrícula do estudante dizendo aos quatro ventos que ele sequer sabia falar português. Depois de alguns meses de isolamento e manifestações de zombaria de professores e colegas, que insinuavam que ele seria incapaz de concluir um curso “difícil como medicina”, o estudante se viu apenas com o dinheiro exato para a passagem de ônibus de volta para casa e optou pelo abandono da universidade. Por iniciativa de alguns estudantes e um professor sensíveis à situação, foi criado um projeto de extensão chamado *Mré Tig* (em Kaingang significa *Ser Irmão*) que levou um grupo de estudantes da área da saúde da UFRGS às comunidades indígenas Kaingang do noroeste do Rio Grande do Sul (RS), onde moravam grande parte dos estudantes indígenas da UFRGS. O grupo visitou e conviveu com as comunidades dos colegas indígenas, conheceu suas famílias e sua cultura e convidou o estudante que abandonou o curso a voltar para a universidade. A partir do vínculo criado com a visita, da aproximação dos colegas com os familiares do estudante e da convivência valorizando as similaridades e respeitando as diferenças, o convite foi aceito e o estudante Kaingang levou uma árvore da sua terra para ser plantada no pátio da faculdade de medicina, como símbolo da entrada da sua cultura naquele espaço. Com a compreensão de alguns colegas acerca do significado de saúde e da forma de viver da comunidade indígena, o estudante indígena se sentiu legitimado e acolhido naquele espaço que, segundo ele, não sabia que poderia ser tão bom. Surgiram novos vínculos e força para o enfrentamento dos preconceitos. A partir desse momento foram promovidas discussões acerca do conceito de saúde-doença das comunidades indígenas do RS, dentre outros conhecimentos produzidos, que impactaram tanto na formação dos estudantes envolvidos no projeto, como no restante da faculdade de medicina.

A Extensão Popular, por conter em sua base o diálogo e a construção conjunta, pode ser ferramenta potente para redirecionar a produção de conhecimentos em favor da transformação da sociedade, como podemos ver na experiência descrita. Segundo José de Melo Neto, a extensão deve “ser encarada como um *trabalho social*, ou seja, ação deliberada que se constitui a partir da realidade e sobre esta realidade objetiva, produzindo conhecimentos que visam à transformação social”. A partir do momento em que os estudantes e professores passam a se comprometer com pessoas e movimentos sociais dos setores oprimidos da sociedade, o conhecimento produzido neste encontro passa a servir à resolução de problemas destes setores, como observamos em várias experiências de Extensão Popular espalhadas pelo Brasil e na descrita acima. Assim, o saber produzido pelo meio acadêmico pode passar a servir aos interesses da maioria oprimida da sociedade e às especificidades culturais e de vida do local onde a universidade está inserida, e não aos interesses privados das minorias, como da agroindústria ou de grandes indústrias farmacêuticas, por exemplo. Através da extensão, pode-se ligar o ensino e a pesquisa com a “realidade” redirecionando todo o fazer da universidade.

O contato dos estudantes com o diferente e com as contradições da sociedade passa a desenvolver sua capacidade crítica, levando-o a se organizar tanto no movimento estudantil como em movimentos sociais ou partidos políticos, entre outros. Dessa forma, a extensão pode democratizar também o meio político universitário e tensionar para que o acesso à formação de nível superior esteja disponível a todos com iguais possibilidades.

Para se construir um projeto de extensão verdadeiramente popular é necessário que se saiba claramente que transformação se deseja na sociedade. A Extensão Popular sabe-se e posiciona-se ao lado dos oprimidos na busca por atuações mais justas e igualitárias. A partir disto, a própria universidade passa a debater e discutir as experiências vividas na micropolítica das comunidades e dos projetos de extensão, levando à problematização da macropolítica da sociedade. O conhecimento que surge destas experiências favorece a transformação da realidade injusta existente na sociedade, além de redirecionar a formação dos profissionais egressos desta universidade, para se tornarem profissionais parceiros e comprometidos com a transformação social e a construção da cidadania.

Quando o conhecimento popular, como no caso o saber indígena, passa a ser inserido e respeitado no meio universitário, os próprios estudantes vindos deste meio popular passam a se perceber mais apropriados e legítimos de estar neste universo. Através de projetos de Extensão Popular pode-se democratizar não só as relações de poder dentro da própria instituição Universidade, como também seu objeto de estudo e de interesse e sua produção, formando profissionais e saberes acadêmicos que dialoguem com os oprimidos da sociedade e lutem para a transformação social.

Extensão popular e o necessário reconhecimento de autoria dos produtores da Cultura Popular

Filipe Willadino Braga

Propõe-se discussão em torno da extensão popular como *trabalho social útil* (MELO NETO, 2002; 2006) ao desenvolvimento comunitário e individual dos grupos marginalizados (FALCÃO, 2006). Historicamente, as diversas práticas que tomam o termo Popular, unificam-se em torno de posição subversiva em relação ao controle social e à hegemonia, afirmando sua postura de resistência e afirmação (CALADO, 1999). Ao mesmo tempo, é necessário reconhecer que - no Brasil - existiu um movimento de contenção aos modos de expressões populares, desde sua origem, pelos meios violentos de dominação e colonização impostos aos grupos populares da América Latina (CARVALHO, 2005).

Assim, é discutido o trabalho da Articulação Nacional de Extensão Popular – ANEPOP, criada em 2005. Participam da ANEPOP estudantes, professores, técnicos e membros de movimentos populares ligados a projetos de extensão, com o intuito de compor espaços de troca de experiências, discussão e estudos sobre as possibilidades e dificuldades da extensão na perspectiva da educação popular. Busca-se retomar a extensão como via de diálogo, tensa e cheia de contradições, entre a Universidade e as comunidades em questão (MELO NETO, 2002). Assim, é pontuado o reconhecimento do protagonismo dos grupos populares sobre o conhecimento produzido neste diálogo.

Com isto, é realizado exercício de reforma do ensino burocratizado e meritocrático, ao ser contestado o exercício de poder do saber científico, visando à desconstrução da hierarquia entre este e o saber popular. Para tanto, é necessário ser discutido o reconhecimento da autoria dos produtores de Cultura Popular, a partir de seus mecanismos próprios de reconhecimento, sejam estes coletivos ou individuais, organizados em movimentos sociais, ou em experiências comunitárias pontuais (BRANDÃO, 2009).

A Cultura Popular é definida como um conjunto de formas culturais criadas, desenvolvidas e preservadas pelas comunidades com relativa independência do Estado e tendo como princípios a auto-gestão e sustentabilidade comunitárias, assim como, utilizando a oralidade como seu meio predominante de transmissão e continuidade (CARVALHO, 2007). Percebe-se, nesta concepção, o foco em processos que têm ritmo próprio, mesmo que estes tenham a colaboração, invasão cultural e/ou construção coletiva com outros grupos. Portanto, são necessárias ações afirmativas que equiparem os modos de financiamento e estrutura dados pelo Estado às iniciativas populares, e à sua participação na construção do saber (CARVALHO, 2007).

Com a *denúncia* da situação de opressão - construída na crítica e reflexão - e o *anúncio* do “inédito viável”, implicando em projeto de ação, busca-se construir uma perspectiva utópica esperançosa recusando o futuro pré-fabricado (FREIRE, 1967/2011). Assim, é proposta uma prática de extensão popular que reconheça a autoria e protagonismo dos membros das classes populares sobre o conhecimento produzido, em seu diálogo com a pluralidade de saberes envolvidos no diálogo entre Universidade e comunidades.

Conclui-se que a formação profissional deve ser construída *com* as classes populares, através do respeito e reconhecimento a seus mecanismos próprios de compreenderem o mundo e suas demandas em relação à instituição Universitária.

REFERÊNCIAS

- BRANDÃO, C. R. Vocação de criar: anotações sobre a cultura e as culturas populares. *Cadernos de Pesquisa*, v. 39, n.138, p.715-746, set/dez. 2009.
- CALADO, A. J. F. *Memória Histórica e Movimentos Sociais: ecos libertários de heresias medievais na contemporaneidade*. João Pessoa: Idéia, 1999.
- CARVALHO, J. J. Culturas populares: contra a pirâmide de prestígios e por ações afirmativas. In *I Seminário Nacional de Políticas Públicas para as Culturas Populares*. São Paulo: Instituto Polis, 2005, p. 34-39.
- CARVALHO, J. J. Espetacularização e Canibalização das Culturas Populares In: MINISTÉRIO DA CULTURA. *I Encontro Sul-Americano das Culturas Populares e II Seminário Nacional de Políticas Públicas para as Culturas Populares*. São Paulo: Instituto Polis, 2007, p. 79-101.
- FALCÃO, E. *Vivência em Comunidades: outra forma de ensino*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2006.
- MELO NETO, J. F. Extensão Universitária: bases ontológicas. In Melo Neto, J. F. (org.). *Extensão Universitária: Diálogos Populares*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2002.
- MELO NETO, J. F. *Extensão Popular*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2006.

Extensão universitária e educação popular em saúde

Regina Lúcia Monteiro Henriques

A extensão universitária no Brasil tem sido objeto de ampla discussão no bojo da definição do papel social das universidades. Isso em parte se deveu à maior e mais explícita cobrança para que a universidade assumisse sua função social (DEMO, 2000). Sendo assim, entende-se que se a universidade é fonte de produção de conhecimento, deve utilizar sua produção para a solução de problemas sociais, mostrando, assim, sua relevância perante a sociedade.

A extensão deve ser realizada considerando o compromisso social da universidade enquanto instituição pública, empenhada no equacionamento das questões que afligem a maioria da população, devendo ser realizada preferencialmente em articulação com as administrações públicas (BRASIL, 2000)

A extensão tem sido *locus* interessante e significativo na incorporação de novas práticas, novos olhares sobre a saúde e qualidade de vida das populações e como espaço de experimentação de outras maneiras de cuidar e se comprometer com a sociedade.

A extensão tem um grande leque de atuação englobando tipos de ações variadas, envolvendo pessoas e grupos universitários e um grande número de pessoas das comunidades regionais. A extensão promove um ambiente propício para uma adequada resposta social da universidade e para a produção de riquezas intelectuais, levando a formação cidadã (BRASIL, 2001a, p. 65).

Entendemos que a extensão reúne os atributos habilitadores capazes de induzir o desenvolvimento de práticas multiprofissionais, centradas no usuário e não em determinado núcleo profissional ou procedimento, e que rompem com estruturas mais rígidas propostas pelos cursos e pela própria organização dos processos de trabalho nos serviços.

No dizer de Freire (2006, p. 25), é mediante a atividade de extensão, que o homem vai invadir o espaço do outro, superpondo assim, os valores. Através do diálogo, esse processo facilita a transformação.

Educar e educar-se, na prática da liberdade, é tarefa daqueles que sabem que pouco sabem – por isto sabem que sabem algo e podem assim chegar a saber mais – em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais (FREIRE, 2006, p. 25).

Nos espaços cotidianos, lugar onde estão os homens com seu agir político, que se faz através do discurso e da ação, é onde os homens se mostram, correm riscos e iniciam o novo. Confrontam suas ideias e podem experimentar e criar. Isso só é possível se aceitarmos o encontro e o convívio, o desafio do estranho, do desconhecido, se ajuizamos e nos expomos ao outro também.

Compreende-se que há em andamento um grande movimento de lutas pela mudança na formação em saúde discutindo-se ideias que defendem a reorientação da formação em saúde baseada em princípios e diretrizes consoantes com a política de saúde e com a defesa de direitos de cidadania. Baseia-se em concepções de espaço cotidiano das instituições de formação em saúde e dos serviços de saúde e outros cenários de prática. Reflete sobre a responsabilidade política das instituições formadoras e da extensão universitária como lugar de tornar públicas as posições e valores defendidos para as práticas do cuidado e da relação social e política da universidade.

A extensão vem adquirindo protagonismo na construção de dispositivos de enfrentamento e superação das dificuldades e resistências nos processos de transformação curricular, além de criar com relativa liberdade novas possibilidades espaciais e conceituais para o cuidado em saúde, porém pelos próprios sentidos que assume desde a invisibilidade até a redenção da universidade sua baixa institucionalidade e reflexão impede que sua potencialidade seja tomada como aliada nestes processos de modo mais sistêmico e impactante.

A extensão universitária é trazida à cena como elemento que esteve na área da saúde fortemente relacionada com a constituição de novos espaços de experimentação e como mediadora dos processos relacionais entre as instituições de ensino e o serviço ou comunidades, mas também como possibilidade de ancorar algumas mudanças na formação que não conseguiriam adesão se propostas como conteúdos disciplinares formais e, portanto, obrigatórios.

A história muito exuberante da extensão nas profissões da saúde acaba por impor-lhe um papel dicotômico: se por um lado é entendida como pouco visível e, portanto, menos ameaçadora, é também percebida como potência salvadora e mágica e que por meio dela a universidade e as inovações e articulações sociais e políticas do ensino poderão acontecer.

A extensão, em geral, dispara processos que ao longo do amadurecimento e problematização pelos quais passam são incorporados pelo projeto do curso. Os projetos bem sucedidos, assim, “saem” da extensão e tornam-se visíveis em outro espaço da academia, fazendo com que a extensão não acumule visibilidade, prestígio e apoio político ou financeiro. Cursos com acúmulo e reflexão, em geral, têm nas suas lideranças a percepção da necessidade de manutenção de algumas iniciativas como extensão também (mesmo que as tenha incorporado ao currículo), pois garantem flexibilidade, vitalidade, compromisso com outros espaços ou esferas da sociedade. Maior acúmulo acaba por gerar “linhas” articuladoras de projetos entre extensão e ensino num processo de indução análogo ao da pesquisa.

Outro papel assumido para a extensão é o de mediação de processos ou de conflitos. A mediação ocorre entre instituições, entre o presente e o futuro, ou entre grupos com projetos antagônicos para a formação.

No conjunto, mesmo com narrativas que demonstram concretude na participação da extensão nos processos de mudança na formação, isto não expressa uma direcionalidade política da universidade ou a compreensão pelas instâncias administrativas da universidade acerca das articulações que se faz no plano do cotidiano dos cursos.

Mas precisamos reconhecer que a concepção da extensão como uma atividade acadêmica passa hoje por um processo de redescritção de si e de sua contribuição. Comumente buscamos o reconhecimento da extensão a partir dos pressupostos da ciência moderna que tem orientado os processos políticos e estratégicos no seio da universidade brasileira e na sua articulação com os demais espaços sociais. Poderíamos nos indagar se ao tentarmos negar o conhecimento que se constrói em extensão a partir da prática que se vai produzindo no cotidiano (e que por vezes supera a visão tradicional de ciência e de conhecimento válido) não estamos a reproduzir o senso comum moderno que a coloca num lugar de subalternidade nas práticas acadêmicas. Ao ficar restrita a este espaço do exótico ou da mediação de conflitos para aplacar as iniciativas e ações que não se moldam ao tradicionalmente aceito, não representa ameaça e, portanto, pode existir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Plano Nacional de Extensão Universitária. *Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras/SESu/MEC*. Brasília, DF, 2000/2001a.
- CASTRO, L. M. C. *A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipatórios: ainda existem utopias realistas*. 2004. 185f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- FREIRE, P. *Extensão ou comunicação?* 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- HENRIQUES, R. L. M. et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.; MATTOS, R. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006
- _____. *As transformações no ensino na saúde: um estudo sobre a extensão Universitária e sua relação com a formação do profissional de saúde para o SUS*. 2011.182f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Arte e produção cultural nas lutas populares pela saúde – metodologias, processos, vivências

Gaspar Fraga Carvalho de Souza GAS-PA

Grupo – O Levante do Coletivo de Hip-Hop LUTARMADA

No começo da década de 1980 a vida política no Brasil tomava novo fôlego. Uma ditadura civil/militar dava os seus últimos suspiros. O movimento operário se reerguia principalmente no CBC paulista. E justamente essa movimentação deu origem a duas das mais importantes forças políticas do campo popular no Brasil: a CUT e o PT. A 1ª, a maior central sindical do mundo, e o 2º, o maior partido de trabalhadores do mundo. Nas zonas rurais nascia o maior movimento popular das Américas, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Milhões de pessoas tomavam as ruas das principais cidades do país gritando por eleições diretas para presidente, o que não acontecia desde 1960.

É nessa atmosfera de ebulição política em que a rebeldia se organizava, que chegava ao nosso país um movimento cultural que havia surgido uma década antes nos Estados Unidos. Originalmente o Hip-Hop agrega quatro elementos. E são eles: o RAP, sigla que significa Rhythm And Poetry (em português, Ritmo E Poesia) que é a música da cultura Hip-Hop; B.Boying, a dança (também vulgarmente conhecido como Break. Nesse caso, se apropriando de outras modalidades de dança como o POP e o Lock, entre outras); o Graffiti, a nossa arte visual, que é uma evolução da pichação; e, por fim, mas que na verdade é o princípio de tudo, o DJing, que vem da sigla DJ e significa Disc Jockey. Esse elemento é responsável pela sonorização de toda essa movimentação.

O Hip-Hop já era o principal produto da cultura preta da juventude nova-iorquina, quando um importante DJ, o Afrika Bambaataa, fundou uma corrente com um **5º elemento**. A saber, **o conhecimento**. Ele já havia fundado uma organização chamada Universal Zulu Nation, depois de ter visto o filme *Zulu*, que retratava a luta dos Zulus (etnia Sul Africana) contra a invasão britânica. Depois disso, inspirado em grupos e pessoas que lutavam pela paz, cada qual a seu modo, como Malcolm X, os Black Panthers, a banda Sly and the Family Stone, Marthin Luther King e John Lennon, pensou que o Hip-Hop também deveria ter esse compromisso com a busca por um mundo digno pra todos/as nós. E isso não é possível sem que nos apropriemos de conhecimento.

Tendo chegado aqui em um momento tão conturbado como o começo dos anos 80 do século passado, o Hip-Hop não poderia nascer e se desenvolver sem se contaminar por esse clima. Tão logo seus adeptos entenderam que por detrás daquelas manifestações artísticas todas havia uma história de resistência, Posses, Crews e Nações (associações de grupos ligados ao Hip-Hop) começam a surgir. Principalmente em São Paulo, terreno onde o Hip-Hop conseguiu fincar raízes mais profundas, essas associações, entendendo o poder de mobilização que tinha entre a juventude preta e de periferia, se utilizava dessa força pra engajar-se em lutas por direitos, acesso digno a serviços públicos, contra a violência policial,

campanhas pela prática de sexo seguro, programas de prevenção ao uso de narcóticos, entre outras.

Mas isso tudo só foi possível porque anteriormente a esse engajamento, o Hip-Hop já havia atuado na vida desses jovens, desde os primeiros contatos, no sentido de lhes mostrar uma porta aberta ao protagonismo, que esteve vedada desde o desaparecimento das revoltas escravas ocorridas nos séculos anteriores. Ao fazer apologia ao conhecimento, o “padrinho” do Hip-Hop, Afrika Bambaataa, citava um ativista jamaicano chamado Marcus Garvey, que dizia: “Um povo sem conhecimento do seu passado histórico, origem e cultura, é como uma árvore sem raiz.” Conhecer as origens, o verdadeiro passado histórico de um povo que tudo que aprendeu na escola sobre seus antepassados foi que eles haviam sido escravos (passivos) e mais nada, tem um efeito transformador. Digamos até... redentor. Olhar para o passado do seu povo e ver que por trás das cortinas da historiografia oficial, lado a lado com aqueles a quem essa história dá destaque, se encontram muitos dos seus, é lhe permitir ter outras referências pra além daquelas exaltadas no mundo das artes ou do esporte. É animar-se a lutar pra ocupar espaços que vão muito além daqueles até então permitidos a você e aos seus. É romper com uma invisibilidade que já tinha ganhado contornos de naturalidade e inevitabilidade, porém, não pelas vias da criminalidade, como antes. É também sentir a excitação da luta e gozar o prazer da vitória. E, caso esta não venha, poder entender que aquela que pode ser encarada como derrota, também pode ser vista como acúmulo de experiências que serão somadas ao 5º elemento do Hip-Hop, ao conhecimento.

E foi de posse de todas essas ferramentas que o Hip-Hop brasileiro vem, desde então, se envolvendo nas lutas populares, desde as mais localizadas até as mais amplas.

Ao contrário de setores majoritários das forças políticas da nossa esquerda, o capital entendeu a importância desse movimento e tratou de agir no sentido de se apropriar dele e, como com vários de outros símbolos da nossa resistência, e esvaziá-lo de seu sentido político. Hoje, um tanto quanto deformado e desorientado, ele é objeto de disputa entre forças que atuam tanto pela transformação quanto pela manutenção do status quo.

Para termos de volta a serviço das lutas populares essa importante ferramenta pedagógica, de agitação e propaganda, de mobilização é preciso um maior envolvimento dos partidos, movimentos e organizações do campo popular. Será preciso articulações que vão pra além dos convites para participar de mesas de debate, mas que articulem suas atividades nas áreas onde atuam.

Zelar pela cura de um Hip-Hop politicamente adoecido, para se poder contar com um Hip-Hop politicamente saudável na luta pela emancipação da classe trabalhadora.

Saúde é questão de cultura e cultura é questão de saúde

Vitor Pordens – SMSDC e UPAC

A medicina é uma das mais profundas vocações da humanidade pois trata da cura, da regeneração, da superação, do aprofundamento do processo de desenvolvimento de um ser humano, sua capacidade de viver com saúde, no máximo de sua aptidão espiritual e corporal.

Minha experiência com a prática médica em que fui treinado foi extremamente traumática, para resumir uma longa história meu avô foi vítima de erro médico em meu próprio hospital-escola o que me forçou a renunciar à medicina das universidades oficiais, cartesiana, mecanicista, farmacêutica e artificializada, o caminho que me foi colocado pelo destino foi a ciência, iniciei projetos de pesquisa no campo primeiro da hematologia depois da imunologia que me levaram a conhecer o Mestre Nelson Vaz da Imunologia Brasileira e descobrir que a morte do meu avô faz parte de um esquema internacional de má prática médica e científica que engessa as mentes e os corpos em modos completamente ineficientes e criminosos de cuidado à saúde humana, modelo este que produz barbaridades todos os dias nos lugares onde se praticam a pior e a melhor medicina lado a lado, o erro médico se torna um dos mais graves e frequentes do nosso tempo. Nelson me fez entender que se trata de um desafio científico, mais conceitual e teórico até do que outra coisa, de uma substituição de paradigmas, nomeadamente dos paradigmas cartesianos citados acima por visões de mundo integradoras, com uma biologia verdadeiramente biológica, viva, natural, que trate do fenômeno vivo sem mata-lo para dissecar, nem torturar até a morte da matéria viva em pesquisas que envolvem de amebas a seres humanos. Ciência esta que está alinhada com uma cultura de toda uma sociedade internacional, gerada e exportada das metrópoles europeias, amplificadas e aprofundadas nos Estados Unidos, e que invade a todos através do cinema latifundiário-imperialista e seus subprodutos como celebridades de televisão que queriam mesmo é estar em Hollywood, propagando e contaminando a milhões de brasileiros por segundo os valores mais baixos da colonização da alma: futilidade, mediocridade, competição, farinha pouca meu pirão primeiro, gerando hordas de seres humanos bestializados que passam a literalmente atacar a saúde, a integridade, uns dos outros, não mais importando se você atropela alguém porque tem pressa em entrar no Shopping, que esse Shopping suntuoso e nababesco explore seus empregados até a última gota de sangue, exauridos de qualquer respeito a sua saúde e a saúde de sua família, produzindo comunidades inteiras exauridas de tanto trabalho, pobres, miseráveis porque trabalharam a vida inteira para engordar algum patrão capitalista e racista, que explora os povos diferentes daqueles da Casa Grande como escravos, invadindo os espaços comuns com obras e ações que não interessam a ninguém além dos grandes patrões que acumulam lucros cada vez mais exorbitantes; enquanto nós cidadãos vamos assistindo a deterioração progressiva da saúde, das relações entre as pessoas, e as relações com nosso meio-ambiente que vai tornando-se algo como o pós-apocalipse travestido de sonho olímpico.

Os ‘determinantes sócio-econômicos da saúde’ acabaram de ganhar conferência internacional, no hotel chic de Copacabana, com Ministros de Estado de várias nações. Enquanto dali a 40 quilômetros os moradores da favela Cabeça de Porco no subúrbio carioca do Encantado estão atolados na mais porca miséria, revezando seu tempo de vida entre o vício em crack, o funk carioca “Vem para o Cabaré!”, as brigas pelos motivos mais tolos com seus semelhantes, as novelas da Globo, os biscates, as sucatas, os ratos, o adoecimento, as febres, os vermes, os sangramentos, a tuberculose, a negligência, o abandono de si próprio, a desesperança, a ausência total de perspectiva, a fome.

Como curar numa era científica? O que é saúde? Como transformar os “determinantes sócio-econômicos”, a pobreza e a miséria, de uma sociedade complexa como a carioca, uma megalópole monstruosamente contrastante, com o mais sublime e o mais monstruoso vivendo juntos.

Desafio de tamanha complexidade não poderia sequer ser abordado se tivéssemos que confiar na experiência de uma só pessoa, se não tivéssemos essa capacidade de nomear e fazer distinções, de contar histórias, de compartilhar o conhecimento, de criar e recriar o mundo a nossa volta. O discurso é de Paulo Freire, e de alguns outros cientistas, pensadores, indivíduos que devotaram boa parte do tempo, e às vezes, sua vida inteira a responder perguntas grandes, sobre nossa natureza, nosso mundo, nossa vida. Mestres ancestrais e atuais como Nise da Silveira, Baruch de Espinoza, nossos queridos mestres vivos a atuantes Amir Haddad, Nelson Vaz e Humberto Maturana. Diferentes cientistas, pesquisadores, artistas que apontam caminhos mais interessantes, saudáveis, possíveis e inéditos, difíceis mas colocam de forma clara e concreta a liberdade humana, o exercício do conhecimento, da experimentação, do desenvolvimento, da cura de uma era científica, onde apesar de tanto descalabro e barbaridade, somos capazes de solucionar tanta doença, essa é a responsabilidade de nós médicos, curandeiros, pajés, artistas, atores, professores indivíduos dedicados à curar as pessoas, os grupos e as sociedades quando necessário.

Hoje temos observado o verdadeiro comportamento auto-destrutivo, inconsequente, irresponsável, competitivo, doente dos seres humanos que deviam estar vivendo em sociedade. Isso porque são comandados por aparelhos de televisão e salas de cinema controladas pelos grandes grupos capitalistas que irradiam seus padrões de comportamento e consumo compulsivo através da *mimesis* produzida pelos atores que sem qualquer consciência de seu *ethos, sua função*, entregam os sonhos, os mitos, a identidade profunda de nosso povo e nossa nação ao patrão que pagar mais caro, formam-se assim as mídias de massa, o ópio do povo de nosso tempo, o pão e o circo dos espetáculos midiáticos e dos mega-eventos, destroçando qualquer vestígio de cultura originária, identidade, ancestralidade, auto-estima do povo brasileiro, daqueles que sofrem na própria perspectiva de vida, no direito a saúde, porque são convencidos por um impressionante esquema que envolve indústrias inteiras a viver subservientes ao colonizador; acreditando, portanto, que o povo brasileiro é inferior, mestiço, sem pureza, negroide, com traços grosseiros, com um folclore grosseiro, com uma cultura popular que parece coisa de pobre, sem a sofisticação e os efeitos tecnológicos de Madonna e Britney Spears.

Meus amigos, estamos é sendo completamente dominados pela colonização cultural capitalista que devora os cérebros e os corações dos artistas que iludidos pelos valores do mercado incorporam a relação comercial em algo que deveria ser sagrado, de importância estratégica, com enormes impactos na própria saúde do povo, na educação, na cultura que é a identidade de um povo, a memória coletiva do Brasil, da nação mestiça que se constituiu à revelia e apesar do projeto colonialista que reinou e continua reinando em nossas terras, deixando marcas indelévels em nosso caráter, que devidamente refletidas e significadas, podem ser superadas e nos fortalecer enquanto povo guerreiro e resistente, que precisa superar os desafios da era científica, da nossa vida e da sobrevivência de nossos descendentes e a honrar a memória de nossos ancestrais. Esse passo pode, precisa e está sendo dado pelos setores mais esclarecidos e corajosos da sociedade brasileira, pelos resistentes da cultura pública, da saúde pública, da ciência pública mas que ainda padece graças à mediocridade do projeto colonizatório nacional, por isso é preciso mobilizar a todos, recuperar a memória, injetar saúde e vitalidade através da cultura de nossos ancestrais, que recontam nossas lutas e nos organiza de forma mais inteligente e eficiente frente aos desafios do mundo. Só temos a ganhar, ganhar em saúde, em ordem social, em garantia de direitos pela luta de cidadãos responsáveis e atentos à coisa pública, participando através de programas de gestão participativa, opinando no orçamento de sua comunidade e seu município, se qualificando com estratégias de educação popular, cultural, problematizadora, libertária, para que o debate não se perca em questões improdutivas e resgatando o imenso, complexo, riquíssimo patrimônio cultural, histórico, antropológico, científico de nosso país, chamado Brasil, terra misteriosa, das forças da natureza, de todos os povos da terra reunidos num povo resistente, alegre, afetuoso, que sabe de onde veio e para onde vai.

Para tanto, é necessário seguir efetuando as mudanças condutuais na maneira como educamos, atendemos, administramos, cuidamos dos doentes, cuidamos das pessoas, gerimos o patrimônio público para que a saúde se torne verdadeiramente possível e que possamos viver efetivamente com qualidade de vida, liberdade, amorosidade e esperança. Hoje, como dizia o Paulo Freire, temos esperança porque lutamos, e nós latino americanos, brasileiros, a quinta economia do mundo que convive com a porca miséria, desafiando a inteligência, a criatividade e a capacidade de lutar dos homens e mulheres desse continente, desse país, dessa cidade, dessa comunidade.

Metodologias participativas na formação e no trabalho em saúde

Pamela Pimenta Gonçalves

A relação entre aluno e professor não deve ser uma relação de imposição, mas sim de cooperação, de respeito e crescimento.

Há professores autoritários, que tem o domínio do conhecimento, não levando em consideração o saber alheio, formando assim, alunos passivos, preparados apenas para o mundo em que vivemos sem questionamento.

Há professores que preparam o aluno para o mercado de trabalho, transmitindo habilidades e não conhecimento. Formam alunos individualistas e condicionados apenas a praticar suas habilidades, sem questionamento.

Há professores que mesmo dominando o conhecimento, consideram o que o aluno já sabe, sua bagagem cultural e intelectual para a construção de aprendizagem tornando assim a sala de aula um lugar de troca de experiência, formando alunos ativos, críticos, que não se conformam com qualquer condição imposta, refletem sobre o mundo e buscam modificá-lo.

Tive a oportunidade de participar do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e vivenciei uma experiência onde não somente fomos formados para sermos técnicos agente de saúde, mas também aprendemos a sermos cidadãos melhores e com perspectiva de fazer um mundo melhor.

Metodologias participativas na formação e no trabalho em saúde

Autoras: Regina H Simões Barbosa (IESC/UFRJ) e Sônia Dantas Berger (IESC/UFRJ)

A assistência à saúde coloca para os profissionais o desafio de lidar com a dor, o sofrimento e, dialeticamente, com a capacidade de superação, o que exige envolvimento, sensibilidade, diálogo e compromisso. O modelo biomédico, que circunscreve a formação e a assistência à saúde, exclui as dimensões subjetivas, culturais e sociais dos processos saúde-doença. No campo da educação e saúde, o modelo educativo hegemônico, fortemente marcado pela concepção biológica e mecanicista, é calcado em uma postura educativa vertical e autoritária: aquele que sabe ensina os que não sabem, reafirmando uma suposta ‘superioridade’ do saber científico. A causalidade implícita nesse modelo associa doença à ignorância e, sutilmente, responsabiliza o doente, que é representado como um corpo universal e atemporal, destituído de suas dimensões socioculturais. As marcas ideológicas desse modelo estão presentes em todas as instâncias da assistência à saúde: o “pobre” recebe tratamento diferenciado, é desqualificado em seu saber e em suas concepções sobre saúde/doença e, por fim, adoece em decorrência de seu “não saber” ou, em última análise, de sua pobreza (Simões-Barbosa, 2001).

Tendo essas questões em mente, como os referenciais da Educação Popular e das metodologias participativas estão contribuindo para a transformação das práticas profissionais, tanto na relação com a população quanto entre os profissionais de saúde? Que novas posturas e práticas estão sendo coletivamente construídas a partir do encontro entre o saber científico e o saber popular? Que saberes e práticas transformadoras estão sendo geradas através das metodologias participativas? Estas são algumas das indagações que motivaram o tema desta roda de conversa e que pretendemos refletir, trocar e debater com os presentes.

O trabalhador enquanto sujeito ativo e os processos de gestão do trabalho e educação na saúde

“No nível da organização do trabalho, só se sabe dividir e repartir as tarefas, as responsabilidades, as atribuições [...] . A dificuldade é que é impossível prescrever a cooperação. Sabemos dividir, mas não sabemos reunir. Ordenar a cooperação é como ordenar o amor [...]” (Dejours, 1999, p. 28-29).

De acordo com o Ministério da Saúde, a ‘gestão do trabalho’ no SUS aborda “*as relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental*” para que tenhamos o SUS que queremos, sendo o profissional “*sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas*”, o que demanda um processo de trabalho “*baseado na criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos*” (MS, 2008).

Neste caminho, todo ‘processo de educação profissional e gestão do trabalho em saúde’ deve partir de uma perspectiva que permita a participação ativa dos profissionais, favorecendo a construção coletiva e interdisciplinar de conhecimentos e a busca coletiva e solidária de respostas para os processos saúde-doença, que envolvem as esferas biológica, psíquica, espiritual e social da existência humana.

Porém, sabemos que os processos de privatização e precarização em curso atingem diretamente os serviços de saúde pública brasileiros, afetando profundamente os profissionais de saúde em seu processo de trabalho (Giffin e Dantas-Berger, 2007). Um estudo que investigou a associação entre as condições de trabalho e distúrbios psíquicos menores (DPM) entre médicos da cidade de Salvador demonstrou que:

[...] os médicos foram submetidos às mesmas regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista: instabilidade e precarização do contrato de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas, redução da remuneração e perda do controle de sua atividade. (Nascimento Sobrinho et al, 2006, p.132).

Neste cenário,

[...] o mercado funciona como princípio organizador do conjunto da vida coletiva, distancia-se dos projetos do ser humano emancipado para o exercício de uma humanidade solidária e a construção de projetos sociais alternativos (Frigotto, Ciavatta, 2003, p.58).

Onde o trabalho é submetido ao ‘mercado’, interroga-se: como resgatar e potencializar valores do cuidado nos atendimentos em saúde? Como implantar políticas de ‘humanização’ neste contexto de exigência de produtividade ao ‘cidadão produtivo’?

A partir do reconhecimento do “*potencial educativo dos espaços de trabalho*” e da “*indissociabilidade entre gestão do trabalho e gestão do conhecimento*” (Ribeiro, 2004, p.288), propomos aqui uma reflexão sobre o processo de trabalho e a formação em saúde através dos referenciais da Educação Popular em Saúde, das metodologias participativas, das inúmeras experiências de pesquisa-ação por nós desenvolvidas (Simões Barbosa, Giffin, 2007; Dantas-Berger, Giffin, 2011) e da realidade concreta de trabalho nos serviços de saúde, sob a perspectiva das experiências de vida e trabalho dos profissionais que integram nossa roda de conversa.

A Educação Popular, as metodologias participativas e a Pesquisa-Ação como ferramentas estratégicas

“É, portanto, através da ótica qualitativa que podemos efetivamente captar, compreender e construir estratégias que possam transformar os complexos, sutis e nem sempre explícitos conflitos, dilemas, impasses e contradições que perpassam a assistência à saúde (...). Esta abordagem nos capacita a propor mudanças que efetivamente considerem e incorporem as necessidades e expectativas dos/as pacientes e dos/as profissionais de saúde [...]”.(Simões Barbosa, 2006, p.20).

No que se refere à Educação Popular, nos inspiramos nos princípios teóricos, políticos e metodológicos do grande mestre Paulo Freire. Freire (1996), ao postular que a educação, enquanto processo transformador, exige uma relação de igualdade entre educador e educando, onde ambos ensinam e aprendem, relativiza a importância do saber formal, acadêmico, e valoriza os conhecimentos adquiridos nas experiências de vida, nas diversidades culturais da população. O educador ‘freireano’ nutre um sentimento de indignação frente às injustiças sociais e, correlatamente, um profundo compromisso ético-político com as transformações sociais em direção a um mundo onde a humanidade seja plenamente reconhecida e vivida por todos, homens e mulheres. Assim, a *críticidade* é seu ponto de partida.

Outro ponto fundamental é o que Freire chama de *corporificação das palavras pelo exemplo*, o que implica a indissociabilidade entre ideia e experiência, entre palavra e vivência, entre teoria e práxis. A educação é, então, um processo de reflexão, de consciência, de sentimento e de ação. Agir sobre o mundo é uma necessidade decorrente do compromisso *ético* do educador com o educando e com todos os excluídos dos bens e riquezas materiais e imateriais, inacessíveis para a maioria.

O processo educativo é, assim, inacabado e deve ser guiado por uma permanente reflexão crítica sobre a prática, o que implica em postura de humildade, tolerância, generosidade e profundo respeito ao ser do educando.

O educador deve ter consciência de seus condicionamentos – culturais, de classe, morais – e pensá-los criticamente, no sentido de evitar uma imposição. Compreender e respeitar a cultura do educando é um desafio permanente que exige compromisso afetivo, além de uma relação de permanente diálogo, o que implica na postura do “saber escutar”.

Embora esses princípios se relacionem com posturas de vida e valores, Freire defende com vigor o rigor metodológico e a necessidade de pesquisa para o direcionamento do processo. Portanto, não bastam as intenções ...

Assim, na perspectiva freireana, *ensinar não é transferir conhecimentos*. É, acima de tudo, uma *relação dialógica* – dialética, no sentido do movimento recíproco, e de diálogo, de troca –, onde o aprendizado cognitivo é fundamental, mas apenas uma das dimensões do processo educativo. A própria apreensão de conhecimentos formais está “conectada” a processos que transcendem a racionalidade, pois é profundamente imbricada em dimensões afetivas, culturais, morais, coletivas e históricas.

Tendo em vista estes princípios e reconhecendo a característica intersubjetiva envolvida no trabalho em saúde, temos lançado mão da Pesquisa-Ação (PA) enquanto metodologia de pesquisa participativa afeita à produção do conhecimento e do cuidado em saúde, considerando-a

[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (Thiollent, 1986, p.14).

Na interface da construção de um modo de ação coletiva que potencialize a reflexão e a problematização do mundo cotidiano, identificamos também a demanda por um processo pedagógico para a mobilização, integração e coletivização de conhecimentos, atitudes e práticas dos participantes, o que em muito se beneficia das metodologias participativas de ensino, tais como as oficinas, as rodas de conversa, os grupos de reflexão, entre outros.

Ressaltamos que, diante das situações- problema a serem discutidas e/ou estudadas, a ‘problematização’, enquanto método político-pedagógico, deve ser abrangente e revelar-se também como uma prática política conscientizadora e crítica, visando à mobilização ética, social e política dos envolvidos, como proposto por Freire (1996).

Tal proposta abrangente de lidar com a problematização no contexto de uma pesquisa-ação e dos referenciais da Educação Popular fortalece o “potencial emancipatório que reside nas relações ensinar-aprender-pesquisar” (Freitas, 2005, p.2) e, especificamente no caso dos profissionais e serviços de saúde, pode contribuir para aumentar a capacidade dos sujeitos observarem a realidade imediata, global e estrutural, detectarem recursos disponíveis, inventarem ou re-inventarem tecnologias apropriadas e encontrar formas de organização do trabalho e da ação coletiva, visando à melhoria do processo de trabalho e do cuidado (Dantas-Berger, Gomes, Leal, 2007).

Concluindo, reafirmamos que os referenciais conceituais, metodológicos e políticos da Educação Popular são fundamentais para transformarmos, coletiva e solidariamente, o cenário de saúde da população brasileira, rumo a uma sociedade justa e igualitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DANTAS-BERGER SM, GOMES AP, LEAL A. Mudança na formação do profissional de saúde: Por Quê? Como? Para Onde? [Apresentado como Trabalho de Conclusão na Disciplina **Educação na Saúde: Abordagens Teóricas e Metodológicas para Estudo sobre a Formação Profissional**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2007 dez; Rio de Janeiro].
- DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K.M. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes em um hospital no Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.37, p.391-405, abr./jun. 2011.
- DEJOURS C. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007(reimpressão).
- _____. **Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Fundap: EAESP/FGV; 1999
- FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**/Paulo Freire. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- FREITAS AL de. **Pedagogia do inédito-viável: contribuições de Paulo Freire para fortalecer o potencial emancipatório das relações ensinar-aprender-pesquisar**. [Apresentação ao V Colóquio Internacional Paulo Freire; 2005 set. 19-20; Recife, Brasil].

FRIGOTTO G, CIAVATTA M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser **humano emancipado?** **Trabalho, Educação e Saúde**. 2003, 1 (1): 45-60.

GIFFIN K, DANTAS BERGER SM. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: TAQUETTE, S. (Org). **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: Eduerj; 2007. p 55-60.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde [online]. Brasília; 2008. [capturado 22 set.2008]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito L et al . Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2006, 22(1):131-140 .

RIBEIRO EC de O. Educação Permanente em Saúde. In: MARTINS JJN, REGO S, LAMPERT JB, ARAÚJO JGC de, organizadores. **Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades**. São Paulo: Hucitec; 2004.p. 285-303.

RIZZOTTO MLF. Neoliberalismo em Saúde. In: PEREIRA E LIMA (Orgs.) **Dicionário da Educação Profissional**. RJ:EPSJV/FIOCRUZ, 2006. p. 173-7.

SIMÕES BARBOSA, R.H. Educação e Saúde Reprodutiva: análise preliminar de uma experiência numa comunidade favelada do Rio de Janeiro. In: Silva, Dayse de Paula Marques (org). **Sexualidade em Diferentes Enfoques. Uma Experiência de Capacitação no Campo da Saúde Reprodutiva**. Niterói, RJ: Muiraquitã:PEGGE/UERJ, 2001 (pp. 123-131)

SIMÕES BARBOSA RH. Avaliação Qualitativa de um Programa de Assistência à Saúde de Gestantes HIV+: a dialética da reprodução e da resistência de profissionais de saúde às ideologias médica e de gênero. In: BOSI MLM. e MERCADO FJ, (orgs). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006; p. 313-346.

SIMÕES BARBOSA, R.H. & GIFFIN, K. Gênero, Saúde Reprodutiva e Vida Cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.549-67, set/dez 2007

THIOLLENT M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados; 1986.

Participação e solidariedade – contribuições na produção de valores democráticos: sentidos, significados e práticas no campo da saúde.

Jose Carlos Silva (Carlos Silvan)

Acreditando nas intencionalidades dos atos humanos, revelamos o desejo de contribuir para a reflexão acerca da democracia no setor da saúde, o que nos convoca a falar do SUS e o fortalecimento da democratização na construção das relações entre sociedade e Estado.

Pensando sobre valores democráticos, essencialmente nos reportamos a “participação e a solidariedade” (Silva, 2006) entre os povos. A idéia de democracia que apresentamos é a idéia de processos de construção coletiva, participação popular e emancipação, distinguindo, em especial, o papel dos sujeitos individuais e coletivos nesse processo. Entendendo, em especial, que a democracia deve ser pautada pelo exercício do diálogo, da autonomia e da diversidade de pensamentos das pessoas envolvidas.

Fazendo referência ao povo e ao estado brasileiro, é importante destacar a luta que os movimentos sociais de base popular tiveram na construção da constituição de 1988 (Brasil,1988) , enquanto um marco histórico, político, econômico e cultural no sentido de instituir por dentro do Estado e da sociedade, a saúde enquanto um dever do Estado e um direito do povo brasileiro.

Tal experiência construída no campo da luta democrática foi e é ao mesmo tempo, sentido de conquista e convocatória para que o povo brasileiro seguisse lutando por uma sociedade equânime e democrática. Sendo, portanto, mas que uma política de Estado, o que nos possibilita afirmar que o SUS é uma das possibilidades da construção de um projeto de humanidades.

Dentro desse contexto, a educação popular cumpre a importante função social de nos orientar na construção da democracia, colaborando na produção de um projeto ético-político que nos possibilite exercitar sentidos de “humanização” (Freire, 2006) e de construção de uma sociedade justa e solidária, e uma vida digna e decente para os povos do Brasil e do mundo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. Senado Federal,1988.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. 33. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002;
- SILVA, J.C. Educação Popular em Saúde e Institucionalização. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2006.

DEMOCRACIA: VALOR UNIVERSAL OU HISTÓRICO?

Eduardo Navarro Stotz

Na comunicação procura-se desenvolver uma reflexão acerca da relação entre regime político democrático e ordem social no Brasil contemporâneo, tendo por objetivo esclarecer a relevância da participação social institucionalizada sob a forma de conselhos e apontar a relevância da tradição marxista para repensá-la.

Apresenta-se inicialmente o entendimento da política como esfera do poder nas sociedades de classe, voltadas para sua reprodução ou para sua transformação. Na época moderna, isto é, nas sociedades burguesas, esse entendimento se expressa em duas teorias políticas fundamentais, a liberal ou burguesa e a socialista. Parte-se da definição de Norberto Bobbio da democracia segundo essas duas teorias (Bobbio, 1986) para evidenciar que se trata de uma referência fundamental na trajetória do Partido dos Trabalhadores e da maioria dos movimentos sociais brasileiros desde a década de 1980.

O socialismo sempre foi uma bandeira geral assumida como horizonte virtual das lutas sociais em nosso país, particularmente notável na experiência do bloco eleitoral Brasil Socialista liderado por Luiz Inácio Lula da Silva e pelo Partido dos Trabalhadores em 1989, mas nunca definido do ponto de vista teórico e político por essas forças. Em contrapartida, a idéia da democracia como caminho para a superação da ordem social baseada no capitalismo foi amplamente aceita. Corresponde à vertente social-democrata do socialismo emergente no Brasil (Coutinho, 1980) que progressivamente assumiu a forma de uma conversão à democracia burguesa (Toledo, 1994; Coelho Neto, 1998, 2005). O processo de conversão democrática dessas forças principalmente após as vitórias eleitorais sucessivas daquele partido a partir de 2002 conduziu essas forças originalmente anti-sistêmicas para uma postura pragmática, dada a impossibilidade de a democracia representativa servir para a redistribuição da renda do capital em favor do trabalho (Santos, 2003).

A importância assumida pela participação institucional na “formulação, implementação, fiscalização” de políticas setoriais, das quais a mais relevante foi sem dúvida a da saúde, exige uma reflexão sobre a possibilidade de estas políticas ampliarem a democracia burguesa em favor dos interesses das classes trabalhadoras. Contrariamente a esta avaliação, segue-se o entendimento de que políticas específicas criam beneficiários e processos participativos reproduzem ambos por meio de seus atores (Oliveira, 1988). Estudo de Heleny Machado (1999) traz elementos empíricos para esta compreensão ao estudar a construção da agenda de um conselho municipal de saúde em Pernambuco. Antonio Sérgio Arouca tinha claro que uma reforma setorial específica como a da criação de um Sistema Único de Saúde Arouca sem a conquista do poder não modificaria as relações sociais e seria apenas uma atualização do aparato estatal (Arouca, 1982).

A crítica à emergente tradição social-democrata brasileira conduz a outra compreensão da democracia. Desde logo considerada um dos meios na mobilização independente das classes trabalhadoras, a democracia burguesa possui, portanto, valor histórico nas lutas de classes e na perspectiva do socialismo. Dado o desconhecimento desta tradição política devido ao peso do estalinismo no campo das esquerdas brasileiras, destaca-se a concepção de Marx e de Engels sobre o Estado, assinala-se a contribuição de Engels para situar a relevância da participação política para os nascentes partidos socialistas na Europa do final do século XIX e resgatam-se as experiências mais significativas da social-democracia alemã segundo Rosa Luxemburg, mais conhecida como ícone revolucionário que por suas idéias. Formas de participação popular surgidas e desenvolvidas no Brasil durante o processo de redemocratização política (anos 1977-89 e em 1991) podem ser pensadas no interior desta tradição revolucionária.

Conversando sobre informação e apropriação de conhecimentos em saúde a partir da intervenção homeopática no Morro dos Cabritos/RJ

Gilda Zamith Ribeiro Campos

O trabalho é fruto da pesquisa para a dissertação de mestrado, desenvolvida no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) / UFRJ, e aborda a experiência de intervenção médica homeopática dirigida às crianças da comunidade do Morro dos Cabritos, situada em Copacabana, Rio de Janeiro. Esta ação foi promovida pela Organização Não Governamental Homeopatia Ação pelo Semeilhante (ONG HAPS), entre 2000 e 2008, e faz parte de uma proposta política da ONG HAPS, visando à inserção mais ampla desta medicina no Sistema Único de Saúde (SUS). Tais aspectos lhe conferem peculiaridades, que a distinguem de outros projetos de atenção à saúde, especialmente no serviço público.

As crianças eram encaminhadas para o projeto pelas creches comunitárias, segundo o critério de adoecimento grave e/ ou recorrente (sem patologia pré-determinada), que as impedia de frequentar a creche com assiduidade; e seus irmãos também podiam ser incluídos no atendimento. Ao longo da intervenção, os familiares fizeram relatos sobre mudanças na vida das famílias, atribuídas ao tratamento homeopático das crianças, que apontavam para fortalecimento da autonomia dos responsáveis no cuidado dos filhos, mudanças nos hábitos e valores familiares e melhoria da qualidade de vida da família – resultados em parte não previstos na formulação inicial do projeto. Buscou-se compreender como as informações circularam nas famílias e nas redes sociais de cuidado para a saúde dos filhos, a fim de compreender o processo de construção e apropriação do conhecimento nesse contexto, visando à construção de futuras ações inovadoras para o cuidado, voltadas para a promoção da saúde.

A pesquisa parte do pressuposto de que os responsáveis, que não eram pacientes, mas estavam envolvidos no cuidado e no tratamento homeopático de crianças, se beneficiam pelo acesso a uma visão de cuidado integral da saúde (presente na medicina homeopática), que viabiliza uma postura crítica na construção e apropriação de conhecimento em saúde, contribuindo, ao menos parcialmente, para maior efetividade do cuidado. Neste contexto, considera-se a conquista da saúde um processo que poderia incluir a emancipação cultural dos sujeitos envolvidos, possibilitando o questionamento de certos valores da sociedade contemporânea e escolhas mais conscientes em relação a hábitos e cuidados com a saúde e a vida.

Foram entrevistadas 14 responsáveis por 23 crianças atendidas (11 mães e avós que participaram de dois grupos focais, e três mães que foram entrevistadas individualmente). Estas mulheres acompanharam o atendimento por um período mínimo de dois anos. Um terceiro grupo focal envolveu sete médicos homeopatas, que atuaram no projeto por um período mínimo de três anos.

Entre os resultados da pesquisa, constata-se o estranhamento/ desagrado das famílias com a primeira consulta (as mães tiveram um choque com a profundidade da investigação, e algumas se sentiram

até irritadas ou ofendidas nesta situação). Este parece ter sido um importante motivo de abandono precoce do tratamento em alguns casos, que não foi claramente percebido pelos médicos. Ao se referirem aos serviços públicos de saúde, as responsáveis entrevistadas denunciaram o desrespeito/ preconceito com que são habitualmente tratadas nestes ambientes, em virtude de sua origem socioeconômica, e afirmaram que a atenção e o acolhimento do homeopata são muito diferentes dos outros médicos, sem discriminação com indivíduos de classe social menos favorecida, e com tempo suficiente para trocar informações e receber orientações dos profissionais. Estes fatores são importantes para a adesão ao tratamento, em função do preconceito inicial dos outros familiares em relação à homeopatia (considerada lenta, fraca, inadequada para doenças graves). A melhora da saúde das crianças e o tempo de consulta suficiente para passar e receber informações e orientações sobre o cuidado com a saúde dos filhos contribuem para a superação do preconceito dos familiares em relação à homeopatia e para sua tranquilização diante do adocimento.

Outros resultados observados são: melhoria da qualidade de vida dos familiares em diferentes domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e crenças pessoais); aumento da participação do pai no cuidado em saúde dos filhos; valorização do responsável como participante do cuidado e não como executor de ordens médicas; empoderamento dos responsáveis, que favorece a prevenção e a promoção da saúde; ampliação das noções de saúde, doença, tratamento e cura dos familiares e facilidade de comunicação entre responsáveis e profissionais (segundo os médicos entrevistados, os conceitos homeopáticos são mais próximos da cultura das classes populares, parecem facilitar a comunicação entre os médicos e a população em desvantagem socioeconômica, e mostram-se como importantes instrumentos para a Educação em Saúde). Há também estabelecimento de elos de co-responsabilização, respeito e confiança entre responsáveis e médicos, com fortalecimento mútuo de identidades; aumento da consciência crítica dos responsáveis; e simplificação/ aprimoramento da prática homeopática proporcionados pela fidelidade da população na expressão dos sintomas.

Conclui-se que a intervenção homeopática nesta comunidade se mostrou bastante efetiva, porque respeita a visão cultural da população, acolhe os indivíduos como sujeitos, adota a visão integral da saúde, além de ser resolutiva para os problemas de saúde mais frequentes neste grupo. A conquista da saúde constitui um processo de emancipação cultural do sujeito/ responsável, diante da percepção de que os valores dominantes da sociedade contemporânea dificultam o cuidado em saúde; e a informação em saúde, inserida numa visão de cuidado integral, parece facilitar a internalização/ compreensão da realidade, a apropriação de conhecimentos, e o empoderamento dos responsáveis para o cuidado das crianças. A maior circulação de informações entre médico-paciente/ responsável é favorecida, por: visão cultural mais abrangente sobre saúde, tanto dos profissionais, quanto dos usuários; arranjo comunicacional não-hierárquico; acolhimento humanizado; e tempo mais longo de consulta. O saber da população excluída do sistema formal de ensino, e distante do universo cultural dos médicos, é reconhecido pelos homeopatas como útil, válido e necessário para o cuidado, o que pode representar um caminho de modificação

das relações de poder. Os elos de co-responsabilização, respeito e confiança, estabelecidos na relação médico-paciente/ responsável, potencializam o caráter educativo e emancipador da informação.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Aldo de Albuquerque. A questão da informação. Revista São Paulo em Perspectiva, Fundação Seade, v. 8, n. 4, p.3-8, out./dez. 1994. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v08n04/v08n04_01.pdf Acesso em: 19 jun. 2011.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Tradução de Regina A. Machado. Organização de texto de Maria Andréa Loyola e Regina A. Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 191 p.

CAMPELLO, Maria Freire. **Relação médico-paciente na homeopatia**: convergência de representações e prática. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva; Orientador: Madel Therezinha Luz)–Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001. 131 f.

CAPURRO, Rafael; HJORLAND, Birger. O conceito de informação (Tradução de Ana Maria Pereira Cardoso, Maria da Glória Achtschin Ferreira e Marco Antônio de Azevedo). **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 148-207, jan./abr. 2007 [2003]. Disponível em: <http://www.eci.ufmg.br/pcionline/index.php/pci/article/view/54>>. Acesso em: 19 set. 2009.

CARDOSO, Ana Maria Pereira. Retomando possibilidades conceituais: uma contribuição à sistematização do campo da informação social. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, v. 23, n. 2, p. 107-114, jul./dez. 1994. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/reb/>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

CARTA de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. Ottawa: 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2011.

CARVALHO, Sergio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.20 n.4. jul/ago. 2004. p.1088-1095. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2011.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2011.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, Maria Nélide. Metodologia da pesquisa no campo da Ciência da Informação. **Datagramazero**: Revista de Ciência da Informação, v.1, n. 6, dez. 2000. Disponível em: http://www.dgz.org.br/dez00/F_I_aut.htm>. Acesso em: 21 set. 2009.

- LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vincent. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 93-104.
- LUZ, Madel T. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, Ministério da Saúde, a.9, ed. esp., p. 8-19, 2008a..
- LUZ, Madel T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO; Roseni, MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008b. p. 11-22.
- MARTELETO, Regina Maria. Cultura da modernidade: discussões e práticas informacionais. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, v. 23, n. 2, p. 115-137, jul.-dez. 1994.
- MARTELETO, Regina Maria. Cultura informacional: construindo o objeto informação pelo emprego dos conceitos de imaginário, instituição e campo social. **Ciência da Informação**, Brasília, v.24, n.1, 1995. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/535/487>>. Acesso em: 01 jun. 2011.
- MARTELETO, Regina Maria. Conhecimento e sociedade: pressupostos da antropologia da informação. In: AQUINO, Miriam de Albuquerque (Org.). **O campo da ciência da informação: gênese, conexões e especificidades**. João Pessoa: Universitária, 2002. p. 101-115.
- MARTELETO, Regina Maria; RIBEIRO, Leila Beatriz. Informação e construção do conhecimento para a cidadania no terceiro setor. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v.11, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/309/232>>. Acesso em: 09 jul. 2010.
- MARTELETO, Regina Maria; VALLA, Victor Vincent. Informação e educação popular: o conhecimento social no campo da saúde. **Perspectivas em Ciência da Informação**. Belo Horizonte, n. esp., p. 8-21, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/viewFile/648/721>>. Acesso em: 28 mar. 2011.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.4, n.4, p. 363-381, 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n4/03.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2011.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 31-39.
- MOURA, Maria Aparecida. Ciência da Informação e semiótica: conexão de saberes. **Encontros Bibli: revista eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, n. esp. 2, p. 1-17, 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/viewFile/366/430>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>>. Acesso em: 08 maio 2011.

PAGLIARO, Graciela Esther. **Prática homeopática e educação popular: pauta para um diálogo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública; Orientadores: OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; STOTZ, Eduardo Navarro)–Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004. 138 f.

REIS, Alcenir Soares dos. Retórica-ideologia-informação: questões pertinentes ao cientista da informação? **Perspectivas em Ciências da Informação**, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p. 145-160, 1999. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/viewFile/563/349>> Acesso em: 10 abr. 2011.

VALLA, Victor Vincent. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 177-190, jul./dez. 1996.

VALLA, Victor Vincent; GUIMARÃES, Maria Beatriz; LACERDA Alda. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 105-119.

Informação e território para a participação em saúde

Coordenadora - Regina Maria Marteleto – ICICT/FIOCRUZ

Os puxadores de conversa nessa roda são parceiros de estudos e caminhadas nos diálogos entre os estudos culturais da informação e a educação popular e saúde. Nossos elos se iniciaram ainda nos anos de 1980, provocados pelo grande mestre Victor Valla. Ele fundou uma ONG na região da Leopoldina, no Rio, onde os pesquisadores, alunos e as pessoas das comunidades passaram a se encontrar, conversar e traçar planos para a melhoria das condições de vida e de saúde da população. Eram diálogos de conhecimentos, porque cada qual trazia situações, dados e problemas a partir de suas experiências. E formou-se um grande acervo de informações, afetos e saberes, que foi se refazendo ao longo de tantos anos, inspirados na memória de muitos mestres e aprendizes do saber e da vida.

Os puxadores da roda são Regina Marteleto, do Ict/Fiocruz, que vem produzindo com todos, de forma compartilhada, alguns experimentos de informação e comunicação em saúde, como o Almanaque da Dengue, o Zine Violento, o Almanaque do Agente Comunitário de Saúde, para abrir diálogos e prosas sobre adoecimento e vida, bem-estar e saúde, poesia e alegria. Jefferson Silva é um jovem morador da Maré, no Rio de Janeiro, estudante e parceiro das comunidades nos seus tratos com a memória, a música e a saúde. Gilda Campos é médica homeopata, luta pela difusão da homeopatia no SUS. Fez parte de um projeto com outros colegas médicos para o tratamento de crianças na comunidade do Morro dos Cabritos, em Copacabana, no Rio de Janeiro. A roda convidou também uma professora da UFMG, arquiteta que estuda com as populações os modos de organizar o espaço em ocupações na cidade de Belo Horizonte.

O fio principal que costura os elos dessa rede de proseadores são as ideias de produção, uso e apropriação dos conhecimentos em saúde pela sociedade. Eles acreditam na necessidade de atualização permanente e esforço contínuo de diálogos sobre os modos como a sociedade constrói e reconstrói seus patrimônios simbólicos e culturais associados à saúde, condição de sua existência tanto material quanto imaterial. É necessário que o esforço de compreender as condições e experiências de vida, como também a ação política da população, seja acompanhado por uma maior clareza das suas representações e visões de mundo sobre as suas condições de vida, incluindo o acesso aos equipamentos e serviços de informação, comunicação e saúde. É tarefa urgente, para os proseadores, a revisão e a reflexão acerca dos materiais de informação e comunicação em saúde, muitas vezes produzidos de forma impositiva e transferencial, afastados portanto de uma perspectiva dialógica e política.

Por isso o nome da roda – Informação e território para a participação em saúde. Entendemos que informação é algo que vai circulando nos livros, nos jornais, na internet, nas conversas. Mas ela só faz sentido quando cria liga com os territórios e as culturas locais do mundo da vida, em processos de apropriação e recriação de saberes para a leitura e a transformação das coisas, dos outros e de nós mesmos.

Informação e território para a participação em saúde

Renata Pekelman

Que relações se estabelecem entre esses três conceitos que podem ser explicados de diferentes formas? O caminho que vou tomar se apóia na experiência de trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS). Os três estão muito imbricados, em especial quando se dirige para a participação na saúde como, por exemplo, no planejamento participativo do serviço de saúde, considerando a potencialidade da mescla do conhecimento baseado nas ações de saúde com as necessidades da população, sentido que pretendemos abordar.

Para discutir sobre território, consideremos o espaço de intervenção da APS, o território-processo, espaço de vida. O reconhecimento desse território, suas características históricas, culturais, ambientais, econômicas, ajuda a compreender a situação de saúde e de adoecimento da população que ali vive. Desvendar o território através de suas heterogeneidades, destacar as diferentes necessidades, perceber e medir os riscos e desvelar as vulnerabilidades são ações para esse reconhecer do território (BRASIL, 2005).

Para que um serviço de APS tenha uma capacidade de resposta local, as interação e integração com o território são fundamentais.

Existem várias formas de conhecer o território, de buscar e obter informações sobre ele. Informações de diferentes naturezas que compartilhadas ampliam a capacidade de compreensão. Para discutir sobre que informações são necessárias e como buscá-las, precisamos saber para quê as queremos. Aqui a proposta é que sejam para a participação na saúde, em especial a participação popular. Dessa forma, as informações devem ter origem tanto no campo científico, de indicadores de saúde locais, como o da percepção da comunidade, dos grupos populares que experimentam no dia a dia, tanto seu adoecimento como a assistência prestada para amenizá-lo, numa perspectiva da transdisciplinaridade, do atravessamento entre os saberes (MARTELETO, 2007).

Explorar o território implica no reconhecimento da territorialidade, da expressão da identidade local, da constituição do lugar no sentido de ser um espaço de resistência, de cultura e de tentativa da não dominação (PEKELMAN, SANTOS, 2009); deve-se também realizar uma investigação da consciência territorial, ou seja, que ações e intervenções ali ocorrem que modificam e potencializam esse espaço/lugar, a “visão criativa sobre o território” (MESQUITA, 1995, pg 89).

Estratégias/metodologias como “Mapa Falante” ou “Estimativa Rápida” são formas de levantar as informações que os vários atores possuem do território, suas potencialidades e suas fragilidades. Estes processos sendo participativos auxiliam na explicação da realidade e são elementos essenciais para um diagnóstico e uma análise da situação para a realização de um planejamento participativo. Ambas as propostas têm na sua metodologia a construção coletiva entre trabalhadores de saúde, gestores locais

e a população usuária do serviço, suas lideranças comunitárias, pessoas que conhecem a realidade e a dinâmica local.

Nesse ponto, retomamos a questão das informações relevantes para a territorialização e para a intervenção participativa. Podemos considerar que informação é uma reunião de dados que a partir de uma avaliação, juízo e sentido prático se transformam, pela análise coletiva, em elementos para a tomada de decisão. Para construir informações sobre um território na saúde devemos unir o conhecimento da situação de saúde local como indicadores ou taxas de morbi-mortalidade produzidos nos serviços de saúde, tanto locais como de âmbito municipal, estadual ou federal com o reconhecimento da cultura e modo de levar a vida da população do lugar, junto com outros elementos acima citados. As referências e interpretações que as pessoas fazem da sua situação, do seu contexto, do seu olhar sobre os determinantes da saúde e do adoecimento.

De posse dos conhecimentos do território, de informações necessárias, podemos partir para a concretização de ações participativas que envolvam serviços e comunidade para a reflexão sobre suas necessidades e expectativas.

Os processos participativos na saúde podem ser de caráter formal ou informal, aqui vamos explorar o exemplo do planejamento participativo, um desafio para os serviços. Implicar a população nas ações de saúde é uma expectativa de muitos trabalhadores comprometidos com o SUS que desejam realizar uma atenção à saúde de qualidade, voltada às necessidades das pessoas. Mas que necessidades são essas, como desvelá-las?

A participação tem sido um desafio para os trabalhadores dos serviços de saúde, em especial na atenção primária, pois desde 1988 com a Constituição, e depois com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, o controle social como processo formal e instituído de participação na saúde está dado, mas difícil de ser concretizado. De um lado estão os profissionais que, sem experiência durante sua formação técnica ou universitária desconhecem os processos participativos, de outro uma população oprimida, com uma cultura individualista, distante de uma perspectiva cidadã de participação. Como compor uma mudança de práticas?

Algumas questões podem ser ponderadas para tentar responder a esse questionamento tão frequente entre os atores da APS. Uma das características principais da APS é estabelecer vínculos de confiança, definir co-responsabilidades pela saúde dos indivíduos e das coletividades por suas características de porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2004). A Estratégia de Saúde da Família favorece essas relações, aproxima-se da população, em especial por meio da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Entretanto, a maioria dos serviços organiza seus processos de trabalho voltados para suas próprias lógicas e compreensões de como ofertar suas ações; aqueles que buscam a participação devem estar disponíveis para mudanças, voltando seus processos de trabalho para a lógica conjunta, reconstruindo processos, reorganizando o cotidiano.

O planejamento participativo implica nessa disponibilidade dos atores de refletir sobre as informações e desenvolver discussões construídas de forma compartilhada; é um exercício de negociação e construção de consensos. Vai no sentido de construir o conhecimento da realidade do serviço de saúde pelos usuários e trabalhadores. Os resultados dirigem-se para a compreensão da dinâmica do território e do serviço, para propostas de intervenção e posterior avaliação.

O método participativo que respeita a visão da população sobre os problemas locais que a afetam, cria um compromisso forte da população com a análise dos problemas e as soluções que ela mesma propõe; transforma a consciência da população, racionaliza suas necessidades, converte a liderança popular da posição de mero requisitante de soluções à gerente e responsável pelas mesmas em seu próprio espaço de ação, permite converter ações rotineiras em ações criativas (RAUPP, 2007).

Os espaços de participação devem caminhar para a democracia radical, onde se constrói a partilha de poder desde a construção conjunta do conhecimento, do entendimento sobre a realidade e aonde intervir para transformá-la.

Estarão aí os obstáculos? Será que a estamos disponíveis para a transformação de nossas práticas? Conseguiremos provocar rupturas nos saberes duros, na ciência oficial, na organização cômoda dos processos de trabalho; estamos disponíveis à desacomodação?

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde; A educação que produz saúde, Brasília /DF: Ministério da Saúde, 2005, Série F. Comunicação e Educação em Saúde.
- MARTELETO, R. M. Informação, saúde, transdisciplinaridade e a construção de uma epistemologia social; *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3):566-585, 2007.
- MESQUITA, Z.; BRANDÃO, C.R.(org); Territórios do cotidiano-uma introdução a novos olhares e experiências, Porto Alegre/ Santa Cruz do Sul: Ed. Universidade/ UFRGS/Ed. Universidade de Santa Cruz do Sul/ UNISC, 1995
- PEKELMAN, R.; SANTOS, A.; http://escoladegestores.mec.gov.br/site/8-biblioteca/pdf/texto01_territorio_e_lugar.pdf; acesso em 08-07-2012.
- RAUPP, B. ;Planejamento e gerência de unidades de atenção primária/básica do SUS: referências conceituais, metodológicas e operacionais, 2008. Porto Alegre; http://escola.ghc.com.br/images/stories/RIS/material_didatico_ssc.pdf; acesso em 08/07/2012.
- STARFIELD, B.; Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia; Brasília; UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

Movimento nacional de população de rua protagonizando história e lutando por direitos

Maciel Silva dos Santos

O movimento Nacional da População de Rua foi lançado em 2004 em Belo Horizonte com o objetivo de reunir homens e mulheres em situação ou trajetória de rua de Belo Horizonte e São Paulo, para lutar pelo reconhecimento da dignidade humana dessa população e fortalecer o seu protagonismo, denunciar direitos violados e exigir políticas públicas específicas.

Desde então a população em situação ou trajetória de rua tem ganhado visibilidade. As bases se ampliaram para o Ceará, Bahia, Paraná, Rio de Grande do Sul, Distrito Federal, além de Minas Gerais e São Paulo. Durante o ano de 2012, foi realizado um dos passos mais significativos com o 1º Congresso Nacional organizado pelo movimento em Salvador, BA. Citamos abaixo alguns dos itens da pauta de reivindicações: fortalecer a perspectiva da intersetorialidade e transversalidade na elaboração e implementação de políticas intergovernamentais voltadas para esse grupo populacional

denunciar as violências cometidas contra esta população e fortalecer a luta pela punição dos/as culpados/as inclusive quando isto ocorrer nos espaços ocupacionais

defender a primazia da responsabilidade do Estado, com vias à universalização das políticas públicas, de modo a torná-las acessíveis à população em situação de rua

Um dos instrumentos mais eficazes na luta desta população é o Centro Nacional de Defesa dos Direitos da População de Rua e Catadores de Materiais Recicláveis, cuja sede é em Belo Horizonte mas com núcleos em 5 estados.

Recentemente na Rio +20, especificamente na Cúpula dos Povos foi realizada a Assembléia do Povo de Rua onde foram encaminhadas 5 propostas com destaque a “Exigência de cumprimento das Leis, Normas, Decretos, Tratados e Declarações Internacionais, principalmente aqueles relacionados aos Direitos Humanos e os que propiciem a inserção social da população em, situação de rua, propondo a ONU a inclusão desta população na classificação de minorias.

A educação popular e saúde nas políticas públicas – o que queremos com uma política nacional de EPS?

Texto provocativo para roda

Ernande Valentin do Prado

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS foi durante muito tempo discutido nos coletivos de Educação Popular e Saúde – coletivos EPS. Muitos defendiam a necessidade de institucionalização da EPS, outros que não era necessária e ainda que constituiria um risco, pois poderia configurar o amordaçamento ou domesticação da Educação Popular, que não pode de fato ser traduzida em uma política governamental.

Mesmo com essas considerações em 2011 a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, através da Portaria nº 15, instituiu o Comitê Nacional de Educação Popular e Saúde. A ele caberia gestar a PNEPS. A constituição deste comitê contava e conta com representantes intergovernamentais, movimentos sociais e populares e os coletivos de EPS, Rede de Educação Popular e Saúde – REDEPOP, Articulação Nacional de Experiência e Práticas em Educação Popular em Saúde – ANEPS, Articulação Nacional de Extensão Popular – ANEPOP e GT de EPS da ABRASCO.

Passados mais de dois anos de trabalhos, hoje a política está praticamente pronta, seguindo os trâmites legais para sua publicação pelo Ministério da Saúde.

Hoje parece estar claro que a PNEPS não é uma política dos quatro coletivos de EPS ou do conjunto dos movimentos sociais e populares, mas uma política de governo gestada de forma democrática e participativa, que não pretende ser o todo da EPS, mas tão somente aspectos que podem ser efetivamente institucionalizados. Neste sentido não pode ser tomada como um todo ou como substituta do movimento como um todo.

A PNEPS ainda hoje se constitui um risco de substituição de bandeiras para os movimentos, no pensamento de alguns militantes, mas constitui-se também, para o conjunto da militância, um desafio com possibilidades muito grande de dar certo e potencializar a luta em prol de um Sistema Único de Saúde – SUS, mais integral e com participação popular efetiva.

Parece ser consenso que para PNEPS se constituir realmente em um instrumento de fortalecimento da EPS precisa que o conjunto dos movimentos se apropria dela e acompanhe sua implementação nos diversos municípios do Brasil.

As questões que poderiam ser problematizadas na roda podem ser:

Que riscos a PNEPS representa para os movimentos e a população?

Que efeitos nocivos podem ter no movimento de EPS?

Qual o potencial transformador da PNEPS no SUS e na comunidade?

O conjunto do movimento e da militância sente-se parte e responsável por esta política?

Em sendo parte qual a contribuição que a militância e os movimentos podem dar para que a PNEPS seja de fato uma política posta em prática e não apenas mais um documento na gaveta do gestor?

A PNEPS vem dialogar com outras políticas públicas já implantadas e de que forma ela pode potencializar ou ser potencializada?

Outras questões podem ser apresentadas na discussão e aí ser incorporadas ao todo da roda. Mesmo estas questões podem não ter espaço na discussão, e é importante frisar que caso isso aconteça outras problematizações serão encorpadas. Neste sentido este texto pode ser validado ou não no decorrer da roda.

Educação Popular também é coisa de “doutor”?

Coordenadora – Maria Amélia Medeiros Mano

Formar quem, para o quê e para que mundo? Essas são as perguntas necessárias a uma instituição que deve se comprometer com seu tempo e seu papel dentro de um projeto maior de sociedade. A Universidade, como a ciência dos números e das produções em série, repensa suas formas de interagir e de proporcionar mudanças. A ideia é problematizar essas vivências de academia, sem as armadilhas do descrédito total e, também, sem o messianismo que costuma ser tão prepotente quanto a certeza do artigo científico.

A experiência de “doutores” que falam “com” e constroem “com” autoriza a identificação de trajetórias, lutas e inserções tão potentes quanto a palavra do operário, a história do pescador, a sementeira do agricultor, o quitute da cozinheira, o forró do sanfoneiro, o laço da costureira, a poesia ou a canção, o repente... E... de repente, um repente sai da boca do doutor... tanto quanto a teoria rica sai da fala de um apicultor. São muitos os lugares da Educação Popular. São muitas as vozes da Educação Popular e o que essa roda pretende é falar desses doutores e desses lugares tradicionalmente áridos e poucos receptivos. Lugares que estão sempre em construção, merecendo olhares novos e novas formas de fazer, novas esperanças que acolham diferenças como acolhem perguntas.

Diferente do hospital ou do ambulatório, onde praticamente quase todas as rotinas podem ser observadas e programadas, a vida comum de uma pessoa comum em seu entorno é uma imensa caixa de surpresas. E antes que, por força da ideologia vigente, se considere o dilema da incerteza como próprio de um mundo complexo e contemporâneo, é importante salientar que o que se fala é de vida-vivida, de ser humano e, sendo assim, é um dilema atemporal, eterno, para além das teorias. Assim, essa discussão pretende lidar com a necessidade de se produzir e reproduzir um saber a partir da delicada incerteza cotidiana. Um saber que por ser eterno, embora contraditoriamente inconstante, possa gerar mudanças em uma sociedade carente de revoluções, desencantada pelo consumo, pela necessidade de publicar, pela provisoriedade e pelo silêncio confortável. Essa discussão pretende ainda defender que a Universidade e seus doutores sejam também os grandes fomentadores desse encontro do cotidiano com a ciência, da vida comum com o laboratório e que da interação, da dúvida, do desafio e da aventura se reinvente o saberes a partir da escuta.

A extensão popular, a pesquisa engajada de cotidiano são possibilidades dessa reinvenção. Ciência com afeto, sim, isso é possível! Conhecimento a partir de engajamento e sentimento é mais possível que se torne relevante e útil. Saber com afeto que invoca a intuição e a escuta e torna qualquer experiência matemática em experiência amorosa. Assim como pessoas não são estatísticas, profissionais de saúde não são recursos humanos, somente, doutores não só existem para escrever livros de ditar verdades. O afetar-se pelo outro desorganiza, modifica a estrada e torna a aventura do saber mais arriscada, mas por isso

mesmo, mais emocionante. Para os doutores da Educação Popular essa grande aventura de formar para transformar pressupõe a possibilidade de caminhar, esperançosos pela via do encanto e do assombro. Para manter-se “assombrado” é preciso resgatar a esperança, a paixão e a utopia, quem sabe fazer poesia, cantar uma canção ou simplesmente contar uma história.

Doutores, guerreiros da palavra escrita.

Eymard Mourão Vasconcelos

As lutas e as práticas populares de luta por seus direitos e de fortalecimento da solidariedade social são, em geral, pontuais e localizadas. Os saberes constituídos nestas lutas e práticas inauguram novas perspectivas de ver a realidade e novos caminhos de superação das dificuldades, mas nem sempre conseguem maior difusão na sociedade. Numa perspectiva gramsciana de mudança política é importante construir uma hegemonia destas novas maneiras de pensar a vida. As mudanças políticas mais importantes só se consolidam quando grande parte das mentes já está pronta para aceitá-las. A organização popular conquista espaços de difusão destas ideias e de sua imposição em contextos de disputa. Mas não basta. É importante também o trabalho de sistematização destes saberes e destas propostas de superação, de forma elegante, lógica e fácil de compreensão, em diferentes ambientes culturais e em formatos adequados para cada meio de comunicação utilizado. Os doutores, profissionais capacitados para a pesquisa e sistematização de saberes de forma mais elaborada, têm um grande papel nesta tarefa. Para isto, precisam ter seu trabalho engajado nas lutas e na cultura popular, colocando seu trabalho teórico a serviço da expressão mais elaborada e clara dos saberes e propostas desta busca de ser mais do mundo popular. Diferente da maioria dos educadores envolvidos em práticas educativas locais, que são guerreiros da palavra falada, eles são guerreiros da palavra escrita, uma palavra que tem que ser expressa de forma entendível para contextos distantes, muito variados e até desconhecidos. Não é uma palavra que pode ser pronunciada guiada pelo olhar e interação dos interlocutores envolvidos. Sua compreensão não é ajudada por outras formas indiretas de comunicação. Precisa ser clara e não deixar dúvidas para os mais diferentes contextos. Ou saber se adaptar para cada novo ambiente. Precisa ser escrita em diálogo com o debate teórico em andamento, que nem sempre é explícito. Exige, portanto, elaboração e análise mais complexa do que a elaboração das palavras para as práticas educativas e lutas locais.

Estes doutores precisam também formar outros doutores para esta tarefa, cada vez mais demandada.

A opressão e o silenciamento produzido por muitos doutores, arrogantes e aristocráticos, têm gerado muita reação contra o trabalho intelectual. Mas a sua desvalorização tende a negar espaço para esta importante tarefa, tão necessária para a conquista da hegemonia cultural dos saberes e propostas vindas da luta popular. Tão importante também para o melhor entendimento e diálogo entre diferentes setores do mundo popular. É preciso ressaltar sua importância e buscar caminhos para que o trabalho intelectual consiga superar sua pretensão de ser vanguarda descolada das iniciativas da base.

Eymard Mourão Vasconcelos

Professor da Universidade Federal da Paraíba.

julho de 2012